

y el número de identificacion del tutor es ___

hara en una sola cantidad.

SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

		Número de Póliza						
Propietario de la Póliza Si no es el asegurado)			Fecha de nacimiento					
Dirección				Ciudad		País		
NUEVA DESIGNAC BENEFICIARIO(S)	_	_	RIOS					
NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	%	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	DESIGNACIÓN IRREVOCABLE		
					dd mm aaaa	○SI ○NO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
					dd mm aaaa	○SI ○ NO		
					dd mm aaaa	OSI ONO		
Si se designa a más de una per Si se designan menores de ed		-		Fecha c	de nacimiento del	tutor: dd mm aaaa		
Bi ningún beneficiario principal		o, el beneficio	se pagará a	al beneficiario	contingente. Dic	ho pago se hará en una sol		
Si ningún beneficiario principal cantidad.	ONTINGENTE	o, el beneficio CIÓN CON EGURADO	se pagará a	FECHA	DE NÚ	ho pago se hará en una sola		
Si ningún beneficiario principal santidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIE	DE NÚ			
Si ningún beneficiario principal santidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA	DE NÚ			
si ningún beneficiario principal antidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIEI dd mm	DE NÚ NTO aaaa			
si ningún beneficiario principal antidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIEI dd mm dd mm	DE NTO NÚ			
si ningún beneficiario principal antidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIEI dd mm dd mm dd mm	DE NÚ aaaa aaaa aaaa			
Si ningún beneficiario principal santidad. BENEFICIARIO CC	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIE dd mm dd mm dd mm dd mm	DE NÚ aaaa aaaa aaaa aaaa			
Si ningún beneficiario principal cantidad.	ONTINGENTE	CIÓN CON		FECHA NACIMIEI dd mm dd mm dd mm dd mm	DE NÚ aaaa aaaa aaaa aaaa aaaa			

www.olelife.com 04-16-2025 1/2

Si ningún beneficiario contingente sobrevive al asegurado, el beneficio se pagará al Propietario o a la sucesion del Propietario. Dicho pago se

Fecha de nacimiento del tutor:

dd

mm

aaaa



SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

A continuación explique la razón del cambio de beneficiario:				
Todo parentesco o relación deberá referirse a la persona asegurada que se m formulario. Si un beneficiario no fuera una persona, todas las referencias que s deberán entenderse como la continuidad o no continuidad de la existencia de todos los beneficiarios quedarán sujetos a cualquier asignación de esta póliza la Compañía.	se hagan dicha en	sobre tidad	e la vida o I. Los inter	la muerte reses de
A menos que se indique lo contrario en la póliza, el Propietario se reserva el de beneficiario sin el consentimiento de dicho beneficiario. Queda entendido que beneficiario reemplaza a todas las solicitudes previas y entrará en vigencia en pañía, conforme lo indicado a continuación. Si la póliza arriba numerada no es este acuerdo, dicha acción no constituye la aceptación de la vigencia de la por	esta solid la fecha stá en vige	citud regist encia	de cambi trada por . cuando s	o de la Com- se inscriba
Cada una de las firmas debe hacerse en presencia del Asesor				
Firma del/los Propietarios(s) de Póliza	Fecha .	dd	 mm	aaaa
Nombre del Beneficiario Irrevocable, si existe		_		
Firma del Beneficiario Irrevocable	-			
Nombre del Beneficiario Irrevocable, si existe		_		
Firma del Beneficiario Irrevocable	- Fecha	dd	mm	2222
		uu	111111	aaaa

Para que el cambio de beneficiario se haga efectivo se requiere adjuntar a esta forma:

- -Copia de la identificación del Propietario de la póliza.
- -Copia de la identificación del anterior beneficiario irrevocable, si lo hubiera.
- -Copia de la identificación del nuevo beneficiario