



## FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

Nº de Póliza: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_

### Instrucciones para llenar este formulario:

1. Este formulario se debe llenar con tinta y no se debe alterar con corrector líquido.
2. Escriba el nombre completo del nuevo beneficiario o beneficiarios con letra de molde.
3. Si dos o más beneficiarios van a compartir el beneficio conjuntamente, escriba todos los nombres en el área designada al beneficiario primario. A menos que se indique de otra manera el beneficio de la póliza será repartido equitativamente entre los beneficiarios conjuntos. Por favor utilice otra hoja de papel si necesita más espacio para todos los nombres e información.

**Beneficiario Primario** – La persona que recibirá el beneficio de la póliza en caso de fallecimiento del asegurado.

**Beneficiario Contingente** – La persona que recibirá el beneficio de la póliza en dado caso que el beneficiario primario falleciera antes que el asegurado.

*Atención – Si designa como beneficiario a una persona menor de edad, deberemos pagar el beneficio a la persona designada legalmente como guardián o tutor de la herencia del menor o deberemos retener el beneficio hasta que el menor alcance la mayoría de edad.*

### Beneficiario Primario

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Beneficiario Contingente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Firma del Propietario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_