

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

FORMULARIO PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

PÓLIZA No.
ASEGURADO:
CONTRATANTE:
AGENTE:

CERTIFICADO No.

Este formulario se adhiere y forma parte integrante de la Póliza arriba citada.

A solicitud del Asegurado, se hace constar que, para la cobertura de muerte accidental otorgada por esta Póliza, se designa(n) como beneficiario(s) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombres y apellidos completos	Parentesco/Relación	Porcentaje*

(* Porcentaje de beneficio por muerte accidental a pagarse si se nombra más de un beneficiario).

En consecuencia, en caso de siniestro, la Compañía cancelará a favor del (los) beneficiario(s) antes nombrado(s), el valor de la indemnización que corresponda, de forma proporcional con relación a la suma asegurada de muerte accidental, si es más de un beneficiario, de acuerdo a los porcentajes definidos por el propio Asegurado, a menos que este realice un cambio posterior de beneficiario(s), y tal cambio sea puesto en conocimiento de y sea aceptado por la Compañía.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este anexo quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y fecha de expedición:

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 50146, con oficio SCVS-INS-DNCTSR-2018-00054368-O de 10 de julio de 2018.