

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante:

Póliza No.

Dirección:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres:

Apellidos:

Cédula/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Sexo

☐ F☐ M

Dirección:

Provincia/Ciudad:

Teléfonos:

Correo Electrónico:

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/ Pasaporte	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Porcentaje (%)
			Día	Mes	Año		

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/ Pasaporte	Fecha de Nacimiento			Parentesco	
			Día	Mes	Año		

Salvo que se estipule lo contrario, el producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiario Principal que sobrevivan al asegurado. En caso de que no hayan sobrevivientes, se dividirá en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes.

Si al momento de mi muerte, algún beneficiario es menor de edad, se hará entrega de la suma asegurada al administrador legal designado a continuación:

Nombre

Cédula

AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

El presente formulario reemplaza y anula cualquier otra designación de beneficiarios realizada con anterioridad.

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Firma del Testigo

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Este cambio de beneficiario ha sido aprobado por la Compañía de Seguros **UniVivir Seguros, S.A.**

Firma del Asegurado

Firma Representante autorizado

INTRUCCIONES:

1. El presente formulario debe ser entregado en original en las oficinas de UniVivir Seguros.
2. Favor adjuntar copia de cédula del asegurado, el contratante y el testigo.
3. La firma del asegurado debe ser atestiguada por una persona distinta de sus familiares y del nuevo beneficiario.