

Formulario de Beneficiario

Seguro de Vida Temporal de Grupo



Nota Importante: Esta Designación de Beneficiario cancela cualquier designación de beneficiario previa y entrará en vigencia en la fecha en que sea recibida por la Compañía.

Titular de la Póliza:

Persona Cubierta Individual	No. Seg. Soc.:	No. de Teléfono	
Dirección (incluya No. de departamento si corresponde)	Ciudad	Estado	Cód. Postal

EL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA SERÁ:

Beneficiario Primario			
Nombre	Dirección	No. Seg. Soc.:	% de Beneficio por Fallecimiento Pagadero al Beneficiario (debe totalizar el 100%)

En el caso, y sólo en el caso, de que todos los Beneficiarios Primarios fallezcan antes que yo, el monto acumulado se pagará a los siguientes Beneficiarios Contingentes.

Beneficiario Contingente			
Nombre	Dirección	No. Seg. Soc.:	% de Beneficio por Fallecimiento Pagadero al Beneficiario (debe totalizar el 100%)

Firma del Asegurado: _____

Nombre del Asegurado en Letra de Imprenta: _____

Fecha: _____

En el caso de que yo nombre a más de una persona en un grupo de beneficiarios, ya sea como beneficiarios Primarios o como beneficiarios Contingentes, salvo que indique lo contrario por escrito precedentemente, cada beneficiario designado de un grupo recibirá partes iguales del monto a pagar conforme a la póliza de cobertura. En el caso de que cualquiera de los beneficiarios designados de un grupo fallezca antes que yo, el o los beneficiarios restantes de ese grupo recibirán partes iguales del monto acumulado del seguro de vida a pagar conforme a la póliza.