



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Formulario de Designación y/o Cambio de Beneficiarios**

Colectivo de Vida y Accidentes Personales

LLENAR ESTE FORMULARIO CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE O A COMPUTADORA.

Asegurado: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_

De acuerdo con los términos y condiciones contenidos en mi póliza arriba descrita, y haciendo uso de los derechos que me concede el contrato de seguros, revoco la designación de beneficiario que hice con anterioridad, y en su lugar designo como beneficiario(s) a la(s) siguiente(s) persona(s):

BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)	CÉDULA	PARENTESCO	%

BENEFICIARIO(S) CONTINGENTE(S)	CÉDULA	PARENTESCO	%

ADMINISTRADOR DEL(LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO QUE FUESE(N) MENOR(ES) DE EDAD	CÉDULA	PARENTESCO CON EL(LOS) BENEFICIARIO(S)

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

En consecuencia solicito que se haga constar esta nueva designación de beneficiario en la citada póliza y se lleven a cabo todos los trámites necesarios para que tenga efecto. Salvo cualquier otra decisión tomada por mí en relación al cambio de beneficiario de esta solicitud, yo expresamente me reservo el derecho absoluto y completo para hacer cualquier cambio en cualquier otro tiempo que yo elija. Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba designada(s) de(n) a la indemnización producto de la cobertura contratada. En caso de duda sobre a quién o quiénes debe efectuarse el pago, la Compañía se reservará el derecho de consignar el producto de la indemnización ante el tribunal competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quién o quiénes deben recibirla, quedando la Compañía relevada de sus obligaciones para con cualesquiera beneficiario(s) que alegue(n) derecho sobre la indemnización, a partir del momento en que se efectúe la consignación judicial.

Firmado en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Cédula No.  
Por favor adjuntar copia de cédula

Nota: El formulario puede ser llenado a computadora, con firma a mano, no se aceptan firmas digitales. Entregar este formulario después de completarlo en las oficinas de Internacional de Seguros, S.A.