

# 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./ Fecha de nacimiento:

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./ Fecha de nacimiento:	Relación con la person asegurada	% 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./ Fecha de nacimiento:	Relación con la person asegurada	% 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.