

SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES) CONTINGENTE(S) U ONEROSO

Póliza No. _____ Asegurado _____

Contratante _____

PRIMERA PARTE

Importante – Dé el nombre completo, proporcionando los dos apellidos, edad y parentesco del beneficiario, y si fuera el caso, cédula y porcentaje de la indemnización que le corresponde a cada uno. En caso de Beneficiario Oneroso nombrar el banco o institución financiera y el monto.

Beneficiario (s) Principal (es)	Edad	Parentesco	Cédula	%
Beneficiario (s) Contingente(s)	Edad	Parentesco	Cédula	%
Beneficiario (s) Oneroso (s)				Monto

Instrucciones especiales para el pago de beneficiarios

Si a mí fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la póliza que corresponde será entregado para su libre administración a:

Nombre _____ Cédula _____ Parentesco _____

Si a mí fallecimiento alguno de mis Beneficiarios contingentes es menor de edad, el producto de la póliza que corresponde será entregado para su libre administración a:

Nombre _____ Cédula _____ Parentesco _____

Salvo que se estipule en sentido contrario, el Producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiario Principal que sobrevivan al Asegurado; pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario Contingente que sobrevivan al Asegurado.

La Compañía únicamente limita su responsabilidad al registro de la designación y/o cambios que indica el propio Asegurado, siempre que dicha designación se haga en la forma y de conformidad con los términos y condiciones de la Compañía. La nueva designación o sustitución de algún o algunos de los beneficiarios anteriormente designados, sólo surtirá efecto cuando el (los) nombre(s) del (los) nuevo(s) beneficiario(s) sea(n) anotados en los registros de La Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de consignar en los tribunales competentes las sumas que deba pagar por virtud de la póliza de seguro, en caso de que existan dudas sobre la persona o personas a las que deba hacerse el pago a la muerte del asegurado.

Iniciales del Contratante/Asegurado _____

SEGUNDA PARTE

Instrucciones y Observaciones:

1. Llene este formulario en duplicado (2) y envíe ambas copias a la oficina Principal de la Compañía.
2. El cambio de Beneficiario Principal o Contingente surtirá efectos cuando esta solicitud haya sido aprobada e inscrita por la Compañía en su oficina principal.
3. **La Compañía no será responsable de hacer los pagos al nuevo beneficiario principal o contingente si el Asegurado fallece en el plazo que se encuentre entre la fecha de firma de la solicitud de cambio y la fecha de aprobación de la Compañía, a menos que el documento tenga sello de recibido en ASSA con fecha anterior a la defunción del asegurado, éste riesgo es exclusivo del Asegurado.**

La firma del Asegurado debe ser atestiguada por una persona distinta de sus familiares y del nuevo beneficiario. Es preferible, más no obligatorio, que el testigo sea el corredor de seguros.

BENEFICIARIO PRINCIPAL: Es la persona natural o jurídica nombrada para recibir el Beneficio de Muerte, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza. En caso de existir Beneficiario Oneroso, el Beneficiario Principal recibirá únicamente el remanente del beneficio de la póliza, una vez satisfecho el interés del Beneficiario Oneroso.

BENEFICIARIO CONTINGENTE: Es la persona natural o jurídica nombrada para recibir el Beneficio de Muerte, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, si el Beneficiario Principal ha muerto antes que el Asegurado. En caso de existir un Beneficiario Oneroso, el Beneficiario Contingente recibirá únicamente el remanente del Beneficio de Muerte de la póliza una vez satisfecho el interés del Beneficiario Oneroso.

BENEFICIARIO ONEROSO: Es la persona natural o jurídica nombrada para recibir el Beneficio de Muerte, sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, en virtud de un interés asegurable sobre una relación subyacente de carácter crediticia. La designación es de carácter irrevocable y se mantiene hasta por el tiempo que dure la relación subyacente o por manifestación expresa del Beneficiario Oneroso, lo que ocurra primero. **Una vez designado el Beneficiario Oneroso, independientemente del momento cronológico en que se realice, éste tendrá prioridad de pago sobre cualquier beneficiario principal o contingente; y la póliza no podrá ser afectada por el Asegurado sin el consentimiento del Beneficiario Oneroso.**

Estando en conocimiento de dichas definiciones solicito por este medio a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**, cancele todas mis designaciones anteriores de Beneficiario(s) Principal(es) o Contingente(s) de la Póliza cuyo número aparece arriba y que cambie el beneficiario de dicha Póliza, según lo descrito en la **PRIMERA PARTE** de este documento.

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Testigo / Corredor

Asegurado o Contratante

Este espacio es para la oficina principal únicamente

Este cambio de Beneficiario ha sido aceptado y registrado por la Compañía en su Oficina Principal

Fecha de aceptación y registro

ASSA Compañía de Seguros, S.A.
Representante Autorizado