



WorldWide
Medical

Solicitud de Cambio de Beneficiario

Información de la Póliza

Nombre del asegurado	<input type="text"/>	Número de póliza	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="dd mm a a a a"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Nombre del Contratante (Si es diferente al asegurado)	<input type="text"/>

EN MI CONDICIÓN DE TITULAR DE LA PÓLIZA SUPRA INDICADA, SOLICITO A WORLDWIDE LA MODIFICACIÓN DEL/ DE LOS BENEFICIARIO(S) LISTADO(S) EN MI PÓLIZA DE VIDA COMO SIGUE:

Designación de los Beneficiario (s) Primario (s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Parentesco	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	Cédula/Pasaporte	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------	------------------	----------------------

Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Parentesco	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>	Cédula/Pasaporte	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------	------------------	----------------------

El beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios primarios que sobrevivan al asegurado, en caso contrario, el beneficio será pagado en partes iguales a los beneficiarios contingentes que sobrevivan, de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza. Este cambio sustituye cualquier designación de beneficiario previamente convenido.

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

Firmado en (ciudad y país)

Fecha

WFORM-WWM-OPE-SUS-14