

DESIGNACIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIO



Designación



Cambio

Nombre Asegurado: _____

Identificación: Cédula de Residente Cédula de Identidad Pasaporte Dimex
 Cédula Nacional Cédula Jurídica DIDI

Número de Identificación: _____

Dirección Residencial: _____

Tel Res: _____ Cel: _____ E-mail: _____ Núm de Póliza: _____

Autorizo a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** a efectuar el siguiente cambio en la póliza arriba indicada.

CERTIFICO que ninguna de las pólizas en las cuales solicito algún cambio está cedida a ninguna persona, excepto como se explica más abajo; ni está como garantía de préstamo o deuda alguna. Tampoco se ha comenzado sobre mi persona ningún procedimiento de bancarrota. En virtud de los derechos conferidos a mi persona por los términos del contrato de seguro emitido a nombre de la persona indicada arriba como el asegurado, e identificada con el número de póliza correspondiente, **POR LA PRESENTE** dejo sin efecto cualquier designación previa de beneficiario y/o elección de Beneficios de No Caducidad y solicito a **ASSA Compañía de seguros, S.A.**, que el beneficiario del asegurado arriba nombrado sea cambiado a:

BENEFICIARIO DE ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Num de Identificación	Parentesco	Edad	% Benef
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

BENEFICIARIO DE OTROS ASEGURADOS

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Este cambio es efectivo desde la fecha de la firma de esta solicitud, sujeto a los términos y condiciones de la póliza si se recibe y registra el cambio en la oficina principal de **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**, en vida del asegurado. El producto neto será pagadero en una sola suma, en la Oficina Principal de la compañía, al recibir prueba fehaciente del fallecimiento del asegurado, a menos que se indique de otro modo en este formulario. Una vez el cambio de beneficiario sea recibido y registrado en la oficina central del asegurador esta solicitud se hará formar parte del contrato póliza.

Firmado en _____, Costa Rica, hoy día ____ de _____ de _____.



 Firma del Asegurado
 (o tomador si el asegurado es menor de edad)

 Firma del Cesionario (si aplica)

 Firma del Testigo

 Firma del representante de Servicios de ASSA Compañía de Seguros, S.A.



ADVERTENCIA EN CASO DE DESIGNACION DE MENORES COMO BENEFICIARIOS

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CONVENIO

1. El formulario solamente puede utilizarse para designar beneficiario o cambiar beneficiario, pero **no puede utilizarse para designar y cambiar beneficiario a la misma vez.**
2. Si el asegurado es un menor de edad, el tomador de la póliza es el solicitante.
3. Un cambio de beneficiario bajo la póliza sólo puede ser solicitado por el asegurado.
4. Si el asegurado es una persona que no sabe leer y escribir; deberá comparecer y firmar un testigo, quien autenticará la marca del asegurado. El testigo no será el beneficiario que se esté nombrando.
5. La entrega o recibo de una solicitud de cambio de beneficiario por/o a un agente o corredor no se considera un cambio entregado a la compañía.
6. El asegurado no tiene que entregar o presentar su póliza para que se procese un cambio de beneficiario.
7. Al completar la solicitud de cambio de beneficiario, el asegurado debe verificar que se haya completado toda la información que requiere la misma y firmar en el espacio provisto.
8. Una vez completada la misma, el asegurado recibirá una copia como evidencia de que ha sometido la designación o cambio de beneficiario conforme se establece.
9. El asegurado debe recibir la designación o cambio de beneficiario procesado o una carta notificándole cualquier deficiencia en el documento dentro de los 30 días siguientes del recibo del mismo en nuestras oficinas.

De no recibir la designación o cambio de beneficiario procesado o una carta notificando deficiencia dentro del término indicado debe comunicarse con las oficinas centrales de **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**, Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, Esquina de la calle 25 con Avenida 8. Número de Fax: 2248-4684 o al correo electrónico clientescr@assanet.com

Certifico que he leído y entiendo el convenio que antecede y estoy de acuerdo con sus términos,



Asegurado
(o tomador si el asegurado es menor de edad)

Testigo



Fecha

Oficial - Gerente - Representante de Servicio
ASSA Compañía de Seguros, S.A.

POS-0115-79 (R-0617)