

# SOLICITUD PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

## Instrucciones y Directrices

- A. El asegurado es el dueño de la póliza salvo que se haya dispuesto de otra forma en la solicitud o en un endoso posterior.
- B. Si el asegurado es un menor el dueño de la póliza es el solicitante.
- C. Un cambio de beneficiario bajo la póliza sólo puede ser solicitado por el asegurado y de no ser éste el dueño, por el dueño.
- D. Si el asegurado o dueño es una persona que no sabe leer y escribir deberá comparecer y firmar un testigo de la marca que no será el beneficiario que se esté nombrando.
- E. La entrega o recibo de una solicitud de cambio de beneficiario por/o a un Representante Autorizado **NO** se considera un cambio entregado a la compañía.
- F. Usted no tiene que entregar o presentar su póliza para que se procese un cambio de beneficiario.
- G. Al completar la solicitud de cambio de beneficiario usted debe verificar que se haya completado toda la información que requiere la misma y firmar en el espacio provisto.
- H. Usted debe recibir copia del cambio de beneficiario una vez aprobado y registrado dentro de los 60 días siguientes de la entrega del mismo en nuestras oficinas. De no recibir el cambio de beneficiario o una carta dentro del término aquí indicado debe comunicarse con las oficinas centrales de Triple-S Vida, Inc., al teléfono **787-758-4888**.
- I. Triple-S Vida, Inc., se reserva el derecho de no procesar ni registrar el cambio de beneficiario, si la solicitud se entrega incompleta o es completada de manera no satisfactoria a nosotros.
- J. Triple-S Vida, Inc., se reserva el derecho de requerir que este formulario sea completado y firmado en la presencia de un testigo o de un Notario. Si es notariado en los Estados Unidos debe venir además acompañado con la Certificación del Secretario del Condado (County Clerk). Si se firma y completa en un país extranjero, la firma del notario debe venir acompañado de la apostilla (apostille) del Consulado Americano del país donde se firme.

**Apoderado** que firme esta solicitud debe acompañar copia certificada de la Escritura de Poder o Escritura de Poder Duradero otorgada a su favor, evidencia de que dicha escritura fue presentada en el Registro de Poderes y Testamentos, evidencia de que el Poder no ha sido revocado. La Escritura de Poder o Escritura de Poder Duradero debe indicar expresamente que el Apoderado tiene autorización para efectuar cambios de beneficiarios en pólizas de vida e incapacidad.

**Designación de Menores como beneficiario**; por disposición de ley nuestra compañía tiene que consignar el pago del beneficio de la póliza en el Tribunal de Primera Instancia en caso de un beneficiario menor de edad al momento del pago. Será el Tribunal quien determine si retiene el dinero hasta que el beneficiario sea mayor de edad, si se entrega parte del dinero al tutor del menor o cualquier otra medida que amerite. Una vez nuestra Compañía consigna el pago del beneficio de una póliza en el Tribunal de Primera Instancia, cesa toda nuestra responsabilidad como asegurador

**Aviso** Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.

## SOLICITUD PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

PARTE I INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
Nombre del Asegurado					<input type="checkbox"/> ASEGURADO PRIMARIO <input type="checkbox"/> ASEGURADO ADICIONAL	
Dirección Postal (Urbanización/PO Box, Barrio, Calle, Número)		Ciudad	País	Código Postal	Teléfonos Residencial (    )	
Correo Electrónico					Teléfono Celular (    )	
PARTE II INFORMACION DE LA PÓLIZA						
Número de Póliza		Número Seguro Social		¿Cedió esta póliza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nombre del Cesionario
PARTE III DESIGNACION DE BENEFICIARIO						
<p><b>AUTORIZO</b> a Triple-S Vida, Inc., de ahora en adelante <b>TSV</b>, a efectuar el siguiente cambio en la póliza arriba indicada. <b>CERTIFICO</b> que la póliza en la cual solicito algún cambio no está cedida a ninguna persona natural o jurídica, excepto como se explica arriba; tampoco ha sido presentada como garantía de préstamo o deuda alguna. No ha comenzado sobre mi persona ningún procedimiento de bancarota. <b>UNA VEZ SEA APROBADO EL CAMBIO</b>, el mismo 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 en la oficina principal de TSV, en vida del asegurado. 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. <b>EN VIRTUD</b> 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. Solicito a TSV que la designación de beneficiario de dicha póliza sea registrada de la siguiente manera:</p>						
BENEFICIARIO PRIMARIO						
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
BENEFICIARIO CONTINGENTE						
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio
Nombre	Inicial	Apellidos	Fecha Nacimiento	Núm. Identificación	Parentesco	Porcentaje de Beneficio

Yo acuerdo relevar de responsabilidad a Triple-S Vida, Inc., de toda pérdida, responsabilidad, daños, costos y honorarios de abogados incurridos como resultado de cualquier reclamación o demanda que surja como resultado del cambio solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Primario o Dueño o Beneficiario Irrevocable

\_\_\_\_\_  
Fecha Día/Mes/Año

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha Día/Mes/Año

\_\_\_\_\_  
Número Identificación del Testigo

### JURAMENTO - SOLAMENTE SI ES REQUERIDO POR TRIPLE-S VIDA, INC.

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales arriba mencionadas y a quien doy fe de haber identificado mediante \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO

### USO EXCLUSIVO DE LA COMPANIA

Núm. Débito o Representante de Servicio \_\_\_\_\_

Representante que recibe cambio \_\_\_\_\_

Oficial, Gerente o Representante de Distrito

Oficina de Distrito \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sello de Aprobación de Oficina Central y  
Firma del Representante de Servicio que aprueba el cambio