

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Seg. Social: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Urb. / PO Box / Barrio/ RR / HC    Número/ Calle    Ciudad    País    Zona Postal

Teléfono Res: \_\_\_\_\_ Teléfono Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Autorizo a **Triple-S Vida, Inc.**, 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 EL PRESENTE** dejo sin efecto cualquier designación previa de beneficiario y/o elección de Beneficios de No Caducidad y solicito a **Triple-S Vida, Inc.**, que el beneficiario de dicha póliza sea cambiado a:

**BENEFICIARIO DE ASEGURADO PRINCIPAL**

	Nombre	Parentesco	Edad	% Beneficio
<b>Primario:</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Contingente:</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

**BENEFICIARIO DE OTRO ASEGURADO**

<b>Primario:</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Contingente:</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

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 **Triple-S Vida, Inc.**, 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. *Ver convenio e instrucciones al reverso.*

**ADVERTENCIA EN CASO DE DESIGNACION DE MENORES COMO BENEFICIARIOS**

En el caso en que surja la muerte del asegurado y la persona designada como beneficiario sea un menor de edad, por disposición de ley nuestra compañía tiene que consignar el pago del beneficio de la póliza en el Tribunal de Primera Instancia. 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.

Firmado en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CESIONARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DUEÑO  
(Si es diferente del asegurado)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO  
(Si es Irrevocable)

Dirección del Dueño:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE TESTIGO

\_\_\_\_\_  
Representante de Servicios

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



## CONVENIO

- 1- El asegurado es el dueño de la póliza salvo que se haya dispuesto de otra forma en la solicitud o en un endoso posterior.
- 2- Si el asegurado es un menor el dueño de la póliza es el solicitante.
- 3- Un cambio de beneficiario bajo la póliza sólo puede ser solicitado por el asegurado y de no ser éste el dueño, por el dueño según figura en la solicitud.
- 4- 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.
- 5- Todo cambio de beneficiario se solicitará personalmente en las oficinas principales de **Triple-S Vida, Inc.**, o en cualquiera de sus oficinas de distrito.
- 6- La entrega o recibo de una solicitud de cambio de beneficiario por/o a un agente no se considera un cambio entregado a la compañía.
- 7- Usted no tiene que entregar o presentar su póliza para que se procese un cambio de beneficiario.
- 8- 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.
- 9- Una vez completada la misma usted recibirá una copia como evidencia de que ha sometido la solicitud conforme aquí se establece.
- 10- Usted debe recibir el cambio de beneficiario procesado o una carta notificándole cualquier deficiencia en el documento dentro de los 30 días siguientes de la entrega del mismo en nuestras oficinas.
- 11- 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**.

**Certifico** que he leído y entiendo el convenio que antecede y estoy de acuerdo con sus términos, certifico, además, que he recibido una copia de este documento como evidencia de que se ha solicitado un cambio de beneficiarios en la póliza descrita en el anverso.

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Dueño

\_\_\_\_\_  
Oficial - Gerente o Secretaria de Distrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo