

**DEPARTAMENTO DE SEGUROS COLECTIVOS  
CAMBIOS Y DUPLICADOS**

NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_ CERT NO. \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

Se solicita por medio de la presente (1) Cambio de beneficiario 1\_1 (2) Cambio de Nombre 1\_1 (3) Emisión de un Duplicado de Certificado 1\_1 (4) Emisión de un Duplicado de Carnet | \_ |

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO**

De acuerdo con los términos de la póliza arriba indicada, se solicita Cambio de Beneficiario que en los sucesivo será:

Beneficiario	%	Parentesco	No. de Identificación / Cédula										Edad			

A menos que se establezca lo contrario; si se nombra más de un beneficiario, el pago se hará en partes iguales a los beneficiarios que sobrevivan al asegurado; si ningún beneficiario sobrevive al asegurado el pago se hará de acuerdo con los términos de la póliza. El asegurado se reserva el derecho de cambiar de beneficiario sin el consentimiento de éste. Se garantiza que ésta póliza en este momento no está cedida.

**Advertencia:**

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 por que 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 estas 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 beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE NOMBRE**

Solicito a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. registrar este cambio de nombre en sus archivos

Nombre anterior \_\_\_\_\_

Nombre actual \_\_\_\_\_

Razón del cambio \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA DUPLICADO DE CERTIFICADO Y/O CARNET**

Solicito un duplicado del certificado/carné (indicado en la parte superior debido a que el original se me ha extraviado)

Declaro que dicho certificado y/o carné original no estaba ni está traspasado o transferido, y que desconozco donde está dicho certificado y/o carné en la actualidad; prometo que si en el futuro lo tuviese, lo entregaré inmediatamente a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A

Eximo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. de cualquier obligación presente o futura que se pueda derivar del uso del certificado y/o carné original declarado como extraviado.

**TESTIGO**

(Una persona que no sea beneficiario)

**FIRMA DEL ASEGURADO**

Fecha \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta \_\_\_\_\_

**PARA COMPLETARSE POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Se certifica que una copia de la Solicitud arriba indicada registrada en los archivos de la Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.. La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el (los) registro(s) número P14-26-A06-155 de fecha 9 de noviembre del 2012.