

## **REGLAS QUE APLICAN A LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

1. En caso de que no se radique una Designación de Beneficiarios o que la misma sea declarada nula, los beneficios por defunción serán distribuidos de acuerdo a la Cláusula de Beneficiario en la póliza maestra: *“Si al momento de ocurrir un deceso de un empleado cubierto no hay designación de beneficiarios, pagaremos dichos beneficios en una suma global a uno de lo siguientes grupos de personas, en porciones (cantidades) iguales y en el siguiente orden de preferencia: 1)cónyuge, 2)hijos sobrevivientes; 3)padres sobrevivientes; 4)hermanos y/o hermanas sobrevivientes; 5)albacea o administrador”.*
2. Esta designación revoca toda y cada una de las designaciones anteriores. No obstante, el asegurado(a) se reserva el derecho a cambiar nuevamente el (los) beneficiario(s) cuantas veces estime necesario radicando una nueva designación. La última designación hecha dejará sin efecto la anterior.
3. Es necesario que la suma de los porcentos adjudicados a los beneficiarios en la Designación arroje un total de **CIEN por ciento (100%)**.
4. Este documento se considerará nulo si contiene borrones o alteraciones de clase alguna.
5. Sería conveniente que usted informara a sus beneficiarios sobre esta designación, de manera que conozcan su decisión al respecto.
6. La Ley Núm. 18 del 8 de enero de 2004 advierte a toda persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito grave.

**(VÉASE REVERSO)**

## SOLICITUD DE REGISTRO Y/O CAMBIO DE BENEFICIARIO

<b>NOMBRE DEL GRUPO:</b> ASOC. EJECUTIVOS VENTAS Y MERCADEO			<b>NÚM. DE PÓLIZA:</b> GLIF-10009772		
Apellidos		Nombre		Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	
Dirección			Ciudad		Zip Code
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____	
<b>Nombre Completo del Beneficiario (Letra de Molde)</b>	<b>Dirección Postal</b>	<b>Núm. de Seguro Social</b>	<b>Fecha de Nacimiento (día/mes/año)</b>	<b>Relación con el Empleado</b>	<b>Cantidad (%)</b>
<b>Primarios:</b>					
<b>Contingente(s):</b>					

Esta designación indicada arriba revoca toda y cada una de las designaciones anteriores. Me reservo el derecho a cambiar nuevamente el beneficiario, cuantas veces yo estime necesario sustituyendo este mismo formulario.

### AVISO

La Ley Núm. 18 del 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: "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."

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado Asegurado