

Nombre del Asegurado: _____ No. de Póliza: _____
(Nombre completo)

Contratante o Dueño: _____ Certificado: _____

Cambio de Beneficiario

De acuerdo con los términos de la póliza arriba indicada, se solicita el cambio de beneficiario(s) que en lo sucesivo será(n):

Beneficiario(s) Principal(es)	%	Parentesco	N° de Identificación / Cédula												Edad
Contingente(s)	%	Parentesco	N° 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 a los herederos legales del asegurado. El asegurado se reserva el derecho de cambiar de beneficiario sin el consentimiento de éste.

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA		
Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, Jefes de Estados o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.		
¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta?	Si ☐ No ☐	Cargo actual o anterior:

Testigo

Asegurado (propietario de la póliza)

EL SUSCRITO POR LA PRESENTE DA SU
CONSENTIMIENTO AL MENCIONADO
CAMBIO DE BENEFICIARIO

Fecha (dd/mm/aa)

Por la presente se hace constar que el documento original de esta solicitud de Cambio de Beneficiario ha sido registrado en los archivos de Pan-American Life Insurance de Panamá S.A.

Ejecutado y Formalizado:

Pan-American Life Insurance de Panamá

Fecha (dd/mm/aa)

INSTRUCCIONES:

- Complete este formulario y fírmelo.
- Este formulario deberá ser firmado por el Asegurado o Dueño y también por el Beneficiario Irrevocable, si fuera el caso.
- Asegurado o Dueño debe presentar copia de la cédula