

Formulario de Inclusión o Cambio de Beneficiario

Fecha: ____ / ____ / ____

Completar un formulario por Póliza/Certificado

Datos del asegurado

Nombre y apellidos (Asegurado): _____

C.I. N°: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de Seguro (Vida/Accidentes Personales)

Número de Póliza / Certificado

Tipo de Beneficiarios (Relación de parentesco)

En caso de seleccionar Beneficiarios nominados, debe completar los siguientes datos:

Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Porcentaje de Indemnización*: _____ Parentesco: _____

Misma dirección del beneficiario: ☐ si ☐ no Especificar: _____

Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Porcentaje de Indemnización*: _____ Parentesco: _____

Misma dirección del beneficiario: ☐ si ☐ no Especificar: _____

Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Porcentaje de Indemnización*: _____ Parentesco: _____

Misma dirección del beneficiario: ☐ si ☐ no Especificar: _____

Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Porcentaje de Indemnización*: _____ Parentesco: _____

Misma dirección del beneficiario: ☐ si ☐ no Especificar: _____**La distribución del porcentaje de indemnización de beneficiarios nominados debe sumar 100% para realizar la actualización.****Marque con una "X" (cruz) si opta por designar a sus herederos legales como beneficiarios de la póliza contratada.**

- ☐ Declaro que los beneficiarios tienen relación de dependencia económica, y la dirección y número de contacto declarados por el asegurado es el mismo para los beneficiarios. La declaración aplica para beneficiarios con parentesco de Padre, Madre, Hijo/a, Hermano/a, Cónyuge, Abuelos, Suegro/a o Herederos Legales.

Beneficiarios sin relación de parentesco

En caso que los beneficiarios sean amigos, novio/a, otros o PEP (persona expuesta políticamente o públicamente) debe completar la declaración del régimen ampliado disponible a continuación:

Beneficiario 1

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Número de C.I.: _____ Nacionalidad y residencia: _____

Domicilio: _____ Porcentaje de indemnización _____

Tipo de vínculo: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación/profesión: _____ Nombre de empresa donde trabaja: _____

Beneficiario 2

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____

Número de C.I.: _____ Nacionalidad y residencia: _____

Domicilio: _____ Porcentaje de indemnización _____

Tipo de vínculo: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación/profesión: _____ Nombre de empresa donde trabaja: _____

Declaro bajo fe de juramento que (1) la información contenida en este formulario es verdadera, (2) la decisión indicada en este formulario respecto a la póliza y/o certificado de cobertura ha sido tomada de manera libre, consciente y voluntaria, habiendo sido previamente informado de los efectos de la decisión adoptada. La compañía de seguros podría solicitar información adicional sobre los beneficiarios durante la vigencia de la póliza para dar cumplimiento a la Resolución de la SEPRELAD N° 071/2019. (3) Convengo que esta solicitud, una vez aceptada por el Asegurador, pase a formar parte del contrato. (4) Asumo la responsabilidad originada por la dicha solicitud, sirviendo el presente documento como prueba suficiente de mi consentimiento al respecto. (5) De conformidad con las Condiciones de la póliza y con todo lo expresado más arriba, solicito se me expida el certificado de cobertura individual de adhesión a la póliza de seguros contratada con la aseguradora realizando la modificación indicada. (6) Declaro bajo fe de juramento que las informaciones y respuestas anteriores son completas y veraz, y que forman parte integrante de la Póliza en caso de emitirse, por lo que acepto que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonere al Asegurador del pago de la Indemnización.

Firma Cliente Asegurado: _____ Aclaración: _____

Uso Interno Seguros:

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____ Sello verificación firma: _____

SEG-00005 V1 06/2022

#estamoscercatuyo



Contacto Atención
Seguros Tel.: (021) 617 1818



atencion@itauseguros.com.py



Avda Sta Teresa c/ Herminio Maldonado
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1