

Hoja de Registro de Beneficiarios (as) Póliza Colectiva de Vida

Por este medio, yo:

Nombre completo del colegiado (a): _____

N° de colegiado (a): _____

N° de identificación: _____

Manifiesto en este acto que designo a las siguientes personas como beneficiarias de la póliza colectiva de vida que me cubre como miembro del Colfar. Así mismo, que he leído detalladamente todas las indicaciones que se señalan en este documento, respecto a la designación de beneficiarios (as) y aspectos generales de la póliza colectiva de vida.

N°	Nombre completo del beneficiario (a)	Porcentaje	Identificación	Edad
1				
2				
3				
4				
5				

En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios (as) a menores de edad, las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos (as) u otros cargos similares. Por lo tanto, no se debe señalar por medio de este formulario a ningún mayor de edad como representante de los (las) menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización, ya que el contrato de seguro no se considera el instrumento adecuado para ese fin. El Colfar procederá de acuerdo a la normativa vigente.

La designación de beneficiarios (as), si se consignara el 100% a cada uno (a), se tomará en el orden numérico anterior, primero el beneficiario (a) 1 y, si este (a) faltara, aplicará el 100% al (a la) beneficiario (a) 2, bajo el principio de seguros de <<a falta de lo anterior>> y así sucesivamente. Si se desea que los (las) beneficiarios (as) designados (as) reciban un porcentaje predefinido, debe repartirse el 100% entre las personas consignadas, y en este caso, a falta de cualquiera de los (las) beneficiarios (al) el monto correspondiente a éste (a), se distribuirá proporcionalmente en los (las) beneficiarios (as) que se encuentran con vida al momento del recibo de la indemnización.

El (la) colegiado (a) podrá modificar total o parcialmente la información suministrada aquí, llenando un nuevo formulario según los requisitos vigentes en ese momento.

La información de este documento es de carácter confidencial y legal para los fines específicos señalados. La información sobre beneficiarios (as) solo se brindará de manera personal al (a la) colegiado (a) o a personas debidamente autorizadas por éste(a) mediante poderes especiales o similares. No se brindará información por otros medios. En caso de fallecimiento del agremiado (a), los cónyuges, hijos (as) y demás parientes o personas interesadas, podrán presentarse al Colegio, identificarse y se les informará si están o no registrados como beneficiarios (as) del agremiado (a) fallecido (a).

Este documento debe ser llenado en letra claramente legible, de forma digital o con tinta azul o negra. No se permiten borrones, tachones, correctores o similares.

La indemnización quedará siempre sujeta a las condiciones particulares y generales del contrato de la póliza.

Se debe adjuntar a este formulario la tarjeta de enrolamiento o formulario que requiera la empresa aseguradora.

Este documento debe venir firmado por el (la) colegiado (a) en el **espacio a.** y contar con una de las siguientes opciones de verificación de firma:

1. Ser firmado en el **espacio a.** por medios digitales (Firma Digital) y enviado en el formato electrónico idóneo, que permita la normativa vigente, al correo **polizadevida@colfar.com**. Documentos con firma electrónica presentados únicamente de forma impresa, no tienen validez.
2. Ser firmado en el **espacio a.** en presencia de uno (a) de los (as) funcionarios (as) que el Colfar haya autorizado para tal fin, quien a su vez debe anotar sus datos y firmar en el **espacio b.**
3. Ser firmado a distancia y en manuscrito por el (la) colegiado (a) en el **espacio a.** y venir debidamente autenticada la firma por abogado (a) o notario (a) en el **espacio c.** bajo los procedimientos y requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico vigente a la fecha de la firma del documento.

Una vez recibido el documento, y verificado que llene los requisitos establecidos, se le devolverá, de forma impresa o a su correo, una copia recibida por el Colegio y firmada por la Dirección Ejecutiva en el **espacio d.** El (la) agremiado (a) debe conservar este documento como comprobante.

Acepto que el Colegio deduzca cualquier monto que adeude al Colegio a la fecha de mi fallecimiento. Dicho monto será deducido del total a indemnizar a los beneficiarios.

En este acto, libremente declaro que esta fórmula es única y valedera y por medio de ella dejo sin ningún valor ni efecto cualquier otra que haya firmado anteriormente a esta.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de _____ a las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del año _____

a.

Firma colegiado (a) - manuscrita o digital

b.

El colegiado firma en presencia de:

N° de identificación:

Firma:

Datos del funcionario que presencia la firma

c.

Abogado o Notario que autentica

d.

Firma del (de la) Director (a) Ejecutivo (a) - manuscrita o digital

Observaciones:

Fecha de recibido en el Colegio: _____

Funcionario: _____

SELLO