

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad N° _____, y con dirección electrónica _____, a través del presente documento, en mi condición de contratante/asegurado de la(s) póliza(s):

Todas mis pólizas

(Aplica para todas las pólizas de Vida Individual, Renta Flex, Vida Garantizado Flex y Accidentes Personales)

Producto: _____ Póliza N° _____

Solicito el CAMBIO DE LOS BENEFICIARIOS de la(s) póliza(s) antes indicada(s) de acuerdo al siguiente detalle:

Beneficiarios PRINCIPALES (Apellidos y nombres)	Parentesco / Vínculo	Fecha de nac.	Documento de identidad	Teléfono de contacto	Porcentaje (100%)

Beneficiarios Contingentes

(NO aplica para productos vendidos por telemarketing)

Beneficiarios CONTINGENTES (Apellidos y Nombres)	Parentesco / Vínculo	Fecha de nac.	Documento de identidad	Teléfono de contacto	Porcentaje (100%)

Declaro conocer que el Contratante o el Asegurado, en caso el Contratante haya cedido este derecho a favor del Asegurado, tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, **siempre que exista interés asegurable, es decir, algún vínculo importante o relación económica (ej. ser familiares directos).**

Asimismo, solicito y autorizo a Pacífico Seguros (la Compañía) a notificarme cualquier comunicación relacionada con la evaluación de la presente solicitud, con la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) y con la(s) póliza(s) contratada(s) anteriormente, de ser el caso a través de la dirección electrónica registrada en este documento, la misma que constituirá mi domicilio contractual, comprometiéndome a informar por escrito cualquier variación con por lo menos quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica comunicada a Pacífico Seguros.

Las modificaciones solicitadas en este endoso surtirán efecto únicamente si son aceptadas por la Compañía. La aceptación se perfecciona mediante la notificación de la aceptación por parte de Pacífico Seguros.

En _____, _____ de _____ de 20____.
(Ciudad)

Firma del Contratante/Asegurado