

SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIOS y/o NOMBRE

Cambio de Beneficiario

Solicito a Óptima Compañía de Seguros que cancele las designaciones de beneficiarios anteriores bajo la póliza No. _____ y que cambie el beneficiario (s) de dicha póliza según se designa a continuación:

Nombre y Apellido del (los) Beneficiario (s)

Beneficiario (s) Principal (es)				Beneficiario (s) Contingente (s)			
Nombre Completo	Parentesco	Cédula	%	Nombre Completo	Parentesco	Cédula	%

Se entiende por beneficiario principal aquella persona mayor de edad que es designada para recibir el producto de la Póliza en caso de muerte del asegurado. Se entiende por beneficiario contingente aquel nombrado por el asegurado para recibir el producto de la Póliza en caso de que al fallecimiento de éste no estén vivos ninguno de los beneficiarios principales.

Cambio de Nombre

Solicito a Óptima Compañía de Seguros registrar este cambio de nombre en sus registros.

Nombre anterior:

Nombre actual:

Razón del cambio:

Testigo:	Asegurado:
Cédula / Pasaporte:	Cédula / Pasaporte:
Fecha:	

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.