

IMPORTANTE: LA PRESENTE CLÁUSULA ADICIONAL SÓLO PODRÁ CUBRIR HASTA UN MÁXIMO DE OCHO (8) HIJOS/NIETOS/BISNIETOS DEL TITULAR Y/O ASEGURADO DE LA PÓLIZA.

ÚNICAMENTE SERÁN ELIGIBLES PARA RECIBIR LA COBERTURA LOS HIJOS/NIETOS/BISNIETOS CON LA INFORMACIÓN COMPLETA SE INDICA A CONTINUACIÓN:

LISTA DE HIJOS/NIETOS/BISNIETOS ASEGURADOS:

Primer nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____

MONTO DEL BENEFICIO: El beneficio por fallecimiento del hijo/nieto/bisnieto es la indemnización por fallecimiento en la Póliza a la que está adjunta la cláusula adicional para niños en el momento de su muerte, solo hasta su cumpleaños 21.

ELEGIBILIDAD: Certifico por la presente que cada uno de los hijos/nietos/bisnietos nombrados arriba es de estado civil SOLTERO, TIENE ENTRE 30 DÍAS Y 21 AÑOS DE EDAD, y se encuentra en BUEN ESTADO DE SALUD (sin limitación, toda afección de salud que se considere que podría producir la muerte antes de la edad de 21 años).

AGREGADO DE NIÑOS ADICIONALES: Entiendo que cualquier hijo/nieto/bisnieto que yo desee agregar a la cobertura bajo esta CLÁUSULA ADICIONAL podrá ser agregado con previa solicitud por escrito a la Compañía, completando y presentando un formulario provisto por la Compañía para tal fin. Entiendo que dicho hijo/nieto/bisnieto adicional no será cubierto bajo esta CLÁUSULA ADICIONAL hasta que el formulario este actualizado, completo, formalizado y sea recibido por la Compañía en las oficinas administrativas y sea reconocido por escrito al titular de la Póliza.

PROHIBICIÓN DE COBERTURA DUPLICADA: No se otorgará cobertura bajo esta CLÁUSULA ADICIONAL a cualquier hijo/nieto/bisnieto que ya esté cubierto por cualquier otra PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA o CLÁUSULA ADICIONAL DE SEGURO PARA NIÑOS formalizada con la Compañía y vigente al tiempo de la muerte del niño.

Fecha

Numero de Poliza

Firma del Asegurado

Firma del Titular de la Póliza