



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

# FORMULARIO DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988  
N. 1002660 VIGENCIA 12  
NOV 2022 – 13 AGO 2026

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

**PREVISORA SEGUROS**

RAMO \_\_\_\_\_ PÓLIZA MATRIZ N° \_\_\_\_\_

Fecha de Diligenciamiento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

Tomador \_\_\_\_\_ N.I.T \_\_\_\_\_

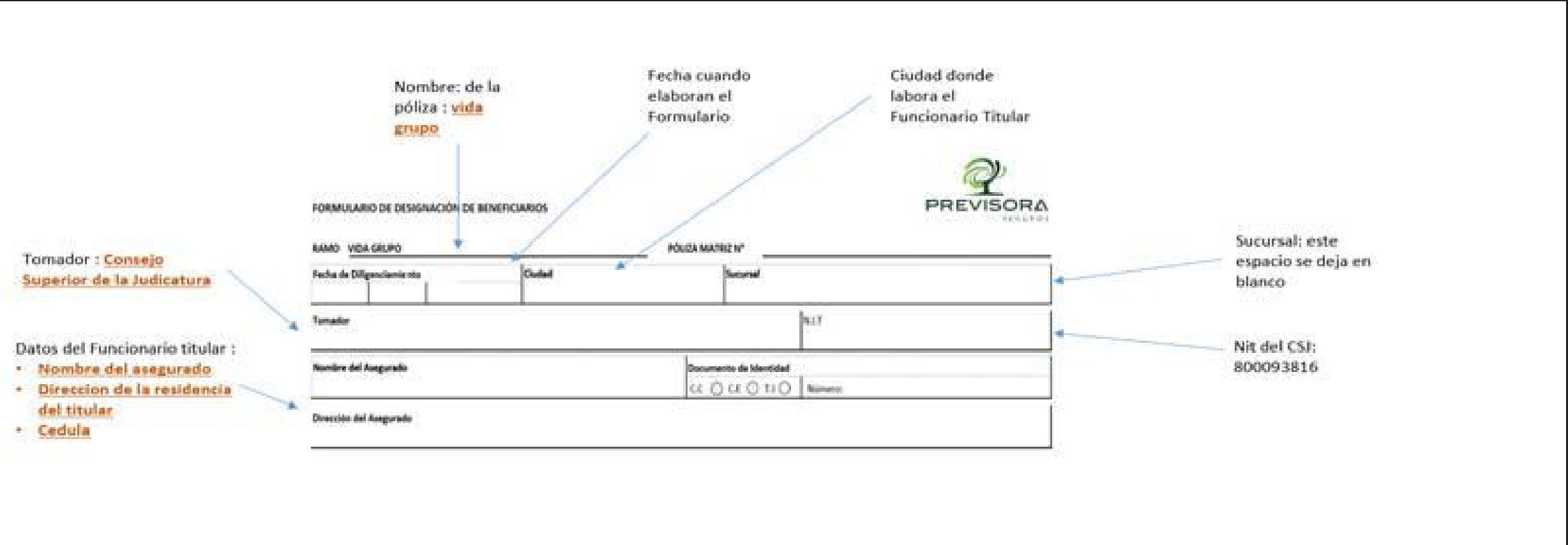
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_  
C.C.  C.E.  T.I.  Número: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado \_\_\_\_\_

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:  
**DERECHO DE ACRECIMIENTO:** SI  NO

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (Debe sumar 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

01



En esta primera parte se debe consignar la información del funcionario titular que trabaja en la Rama Judicial ( Asegurado), datos del tomador del seguro que en este caso es el CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, fecha en que se diligencia el formato, ciudad y sucursal.



# FORMULARIO DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS

## PÓLIZA VIDA GRUPO

LEY 16 DE 1988  
N. 1002660 VIGENCIA 12  
NOV 2022 – 13 AGO 2026

02

**Derecho de Acrecimiento:** Condición del o de los beneficiarios, que tendrían derecho al crecimiento de su participación en la indemnización, por el hecho de que alguno o algunos de los demás, no pueden hacer uso de su derecho a la indemnización, por ejemplo, por haber fallecido antes que el funcionario de la Rama Judicial.

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

**DERECHO DE ACRECIMIENTO:** SI  NO

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (entre comas con %)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

**BENEFICIARIOS CONTINGENTES:** SI  NO

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (entre comas con %)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

\*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía, 2. Nit, 3. Cedula de extranjería, 4. Tarjeta de identidad, 5. Número Único de identificación, 6. Registro civil de nacimiento.

**Beneficiario Contingente:** Es la persona que el asegurado elige **si lo desea**, cuando falten todos los otros beneficiarios principales o primarios es decir, que ellos recibirán la indemnización, solo si todos los beneficiarios primarios no califican para serlo, o fallecen antes que el asegurado.

Donde se ingresan los beneficiarios primarios, que siempre debe estar diligenciado **obligatoriamente**

Donde se ingresan los beneficiarios secundarios, aquellos que acceden a la indemnización, en caso tal, de fallecer los primarios. Este espacio, es de carácter **opcional**, por lo tanto, al diligenciar el formulario, este espacio, se puede entregar en blanco.

03

En la parte inferior se debe consignar la fecha de radicación del formulario con la firma y cedula del titular del seguro

ESTA DESIGNACIÓN SOLO SERA VALIDA, SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINISTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 1142 DEL C. DE C.O.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**Tratamiento de la información**

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

**TITULAR DEL ASEGURADO**

No. Identificación \_\_\_\_\_