

COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO, SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

FECHA	POLIZACOLECTIVA No.	CERTIFICADO No.		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE BENEFICIARIO	De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número aparece arriba el Beneficiario bajo el número de certificado mostrado arriba, en caso de mi fallecimiento es por este medio cambiado a como se muestra abajo. Se reserva el derecho de cambiar el beneficiario designado en este formulario sin el consentimiento del beneficiario.			
Beneficiario de (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)				
Beneficiario cambio a (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Parentesco	Edad	%	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
Con residencia en _____				