

ACCIDENTES PERSONALES

VIDA INDIVIDUAL

SEGURO DE VIDA  
PARA PYME

VIDA TRADICIONAL

VIDA COLECTIVO

NOMBRE DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE LA PÓLIZA	CERTIFICADO (SI APLICA)
NOMBRE DEL EMPLEADO:		
De acuerdo a las condiciones de la póliza arriba indicada y bajo el número de certificado indicado, por este medio y como se muestra en el siguiente cuadro, decido cambiar a los beneficiarios anteriores y sin su consentimiento por los designados en este formulario.		

BENEFICIARIOS ACTUALES:	PORCENTAJE	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DESIGNADOS:	PORCENTAJE	PARENTESCO

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

