



## FORMULARIO PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la póliza deseo revocar la designación de todos los beneficiarios nombrados anteriormente bajo mi certificado No. \_\_\_\_\_ y a nombre de \_\_\_\_\_ por este medio nombro como nuevos beneficiarios a:

PRIMEROS BENEFICIARIOS  
NOMBRES

PARENTESCO

PORCENTAJE (%)

SEGUNDOS BENEFICIARIO  
NOMBRE

PARENTESCO

PORCENTAJE (%)

Me reservo el derecho de cambiar beneficiarios sin el consentimiento de los mismos.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha