

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