



# FORMULARIO PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

## Seguros

Accidentes Personales  Vida Tradicional  Vida Individual  Vida Colectivo  Seguro de Vida para PYME

Nombre de la Póliza	Número de la Póliza	Certificad (si aplica)
Nombre del Empleado		
De acuerdo a las condiciones de la póliza arriba indicaba 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 concentimiento por los designados en este formato.		

Beneficiarios Actuales	Porcentaje	Parentesco
Beneficiarios Designados	Porcentaje	Parentesco

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado \_\_\_\_\_