



FORMULARIO DE CAMBIO

COMPLETAR EN ORIGINAL Y DUPLICADO, ADJUNTARLOS Y ENVIARLOS PARA SU ENDOSO

FECHA:	PÓLIZA No.	CERTIFICADO No.
--------	------------	-----------------

CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la Póliza, por este medio revoco la designación de beneficiarios hecha anteriormente en los términos siguientes:

CAMBIO DE:

CAMBIO A: (Indicar parentesco y porcentaje)

CAMBIO DE NOMBRE DEL ASEGURADO

CAMBIO DE:

CAMBIO A:

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO: _____

ORIGINAL



FORMULARIO DE CAMBIO

COMPLETAR EN ORIGINAL Y DUPLICADO, ADJUNTARLOS Y ENVIARLOS PARA SU ENDOSO

FECHA:	PÓLIZA No.	CERTIFICADO No.
--------	------------	-----------------

CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la Póliza, por este medio revoco la designación de beneficiarios hecha anteriormente en los términos siguientes:

CAMBIO DE:

CAMBIO A: (Indicar parentesco y porcentaje)

CAMBIO DE NOMBRE DEL ASEGURADO

CAMBIO DE:

CAMBIO A:

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO: _____

DUPLICADO