



CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva No. _____

deseo revocar la designación anterior bajo mi Certificado No. _____

y por este medio nombrar beneficiario a:

NOMBRE	PARENTESCO	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Testigo: _____

Fecha: _____

_____ Asegurado