

PÓLIZA No. _____ NÚMERO DE CERTIFICADO: _____

ASEGURADO: _____

De acuerdo con las condiciones de la Póliza deseo revocar la designación anterior y por este medio nombrar nuevo beneficiario a: _____

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

Testigo: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO

PÓLIZA No. _____ NÚMERO DE CERTIFICADO: _____

ASEGURADO: _____

De acuerdo con las condiciones de la Póliza deseo revocar la designación anterior y por este medio nombrar nuevo beneficiario a: _____

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

Testigo: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL ASEGURADO