



SEGURO COLECTIVO
FORMULARIO DE CAMBIO DE NOMBRE

Fecha _____ de 20__

Póliza Colectiva No. _____ Certificado No. _____

Sírvase cambiar el nombre del asegurado de

A _____

Testigo

Firma del asegurado

COMPLETAR ORIGINAL Y TRIPPLICADO SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS.