



Guatemala, \_\_\_\_\_

Señores  
Aseguradora General, S.A.  
Ciudad

Estimados señores:

Por la presente solicito que el cuadro de beneficiarios de la póliza de seguro de vida individual registrada bajo el No. \_\_\_\_\_, del plan \_\_\_\_\_ expedida por ustedes a nombre de:

Se modifique de la siguiente manera:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los demás términos y condiciones no sufren modificación alguna.

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Asegurado

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DPI o pasaporte No. \_\_\_\_\_

Intermediario: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_





Póliza No.: \_\_\_\_\_ Contratante (empresa): \_\_\_\_\_

Certificado No.: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones de la póliza deseo revocar la designación anterior y nombrar nuevo (s) beneficiario (s) a:

Nombre del beneficiario	Parentesco	%

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Los cambios y/o modificaciones solicitadas por medio de esta solicitud, surtirán efecto a partir de la fecha en que el presente documento sea firmado:

Texto Aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 719-2001 del 17 de agosto del 2001

