



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

