



CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No. _____ CONTRATANTE: _____
NUMERO DE CERTIFICADO _____ EMPLEADO: _____

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

PRIMEROS BENEFICIARIOS			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO			

SEGUNDOS BENEFICIARIOS			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO			

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

Testigo _____

Fecha _____

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Firma del Asegurado

7a. Avenida 12-23, Zona 9 Edificio Etisa 3er Nivel Guatemala, Guatemala, C.A. Tel.: (502) 22855900 Fax: (502) 2361-3036



CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No. _____ CONTRATANTE: _____
NUMERO DE CERTIFICADO _____ EMPLEADO: _____

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

PRIMEROS BENEFICIARIOS			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO			

SEGUNDOS BENEFICIARIOS			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO			

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

Testigo _____

Fecha _____

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Firma del Asegurado

7a. Avenida 12-23, Zona 9 Edificio Etisa 3er Nivel Guatemala, Guatemala, C.A. Tel.: (502) 22855900 Fax: (502) 2361-3036