

SOLICITUD PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

DATOS DE POLIZA

Nombre del Contratante: _____

N° de póliza: _____ N° de certificado: _____

Correo electrónico: _____ N° de teléfono: _____

Dirección: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____

N° de cédula: _____ N° Registro Residencia: _____

Teléfono(s): Celular: _____ Domicilio: _____ Trabajo: _____

Dirección de Residencia: _____

_____ Correo electrónico: _____

DECLARACION DE NUEVOS BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos conforme cédula de identidad.	Parentesco con el asegurado	N° de cédula de identidad	Porcentaje

En caso de beneficiarios menores de edad, el encargado de recibir el dinero será la persona designada por la Ley.

Firmado en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del asegurado

Firma y sello del Contratante
(Aplica para pólizas colectivas)