



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

