

# SOLICITUD

## CAMBIO DE BENEFICIARIO



Póliza Colectiva No. \_\_\_\_\_

No. de Certificado \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

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

de: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Porcentaje \_\_\_\_\_

%

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Porcentaje \_\_\_\_\_

%

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Porcentaje \_\_\_\_\_

%

Me reservo el derecho de cambiar de beneficiario (s) sin el consentimiento de el (los) mismo (s).

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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

F-630

SEGUROS  G&T

(FO-VT-00-025) Versión 01

NO TE FALLA