



Cambio de Beneficiario

POLIZA 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
--------------------------------	-------------------	-------------------

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

Fecha _____

Firma del Asegurado

F-630

Guatemala, _____ de _____ de _____

SEGUROS  **G&T**