

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIOS - SEGURO VIDA EN GRUPO

Estimado cliente, sírvase a completar el presente formulario para realizar el cambio o adhesión de beneficiarios a su Seguro Vida en Grupo al cual se encuentra afiliado.

Nombres		Apellidos		Ciudad
Número de Documento Identidad	Complemento	Extensión	Tomador del Seguro	Fecha de llenado
				/ /

I. DETALLE DE CAMBIO O ADHESIÓN.

	NOMBRES	APELLIDOS	% DEL BENEFICIO	GRADO PARENTESCO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	TOTAL		100%	

NOTAS:

1. El Asegurado deberá fijar las sumas o proporciones en favor de cada beneficiario, sumando en su totalidad el 100%. La compañía o la persona que asesorará este llenado deberá verificar que los porcentajes del beneficio estén debidamente llenados. En caso de que los porcentajes del beneficio no sean llenados o estos no sumen el 100% y no se pueda ubicar al Asegurado, el Asegurado brinda su conformidad para que la distribución sea igualitaria y equitativa entre el número de los declarados beneficiarios.

2. El presente documento forma parte integrante de la póliza de Seguro vigente.

II. DECLARACIÓN.

➤ Declaro la veracidad de la información consignada y los documentos presentados.

Firma Asegurado _____

Teléfono y Celular _____

Dirección _____

E-mail _____

Sello y firma intermediario/ejecutivo

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIOS - SEGURO VIDA EN GRUPO

Estimado cliente, sírvase a completar el presente formulario para realizar el cambio o adhesión de beneficiarios a su Seguro Vida en Grupo al cual se encuentra afiliado.

Nombres		Apellidos		Ciudad
Número de Documento Identidad		Complemento	Extensión	Tomador del Seguro
				Fecha de llenado / /

I. DETALLE DE CAMBIO O ADHESIÓN.

	NOMBRES	APELLIDOS	% DEL BENEFICIO	GRADO PARENTESCO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	TOTAL		100%	

NOTAS:

1. El Asegurado deberá fijar las sumas o proporciones en favor de cada beneficiario, sumando en su totalidad el 100%. La compañía o la persona que asesorará este llenado deberá verificar que los porcentajes del beneficio estén debidamente llenados. En caso de que los porcentajes del beneficio no sean llenados o estos no sumen el 100% y no se pueda ubicar al Asegurado, el Asegurado brinda su conformidad para que la distribución sea igualitaria y equitativa entre el número de los declarados beneficiarios.
2. El presente documento forma parte integrante de la póliza de Seguro vigente.

II. DECLARACIÓN.

➤ Declaro la veracidad de la información consignada y los documentos presentados.

Firma Asegurado _____

Teléfono y Celular _____

Dirección _____

E-mail _____

Sello y firma intermediario/ejecutivo