

FORMULARIO PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO

Datos del Titular

Nombre del asegurado titular: _____ Póliza/Cert.: _____

Por este medio solicito a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. se sirva efectuar las modificaciones indicadas a continuación:

De acuerdo con las condiciones de la póliza Colectiva PSM Internacional No. 7085; deseo revocar la designación de todos los beneficiarios nombrados anteriormente bajo mi certificado No. _____, y por este medio designo como nuevos beneficiarios a partir de esta fecha a:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje %
Primeros beneficiarios (deben sumar el 100%)		
Segundos Beneficiarios (deben sumar el 100%)		

Firma del Asegurado Titular: _____ No. DUI _____ Fecha: ____/____/____.

PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURADORA AGRICOLA COMERCIAL, S.A.

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha: ____/____/____.

Resolución: APROBADO DENEGADO Vigencia a partir del: ____/____/____.
