Compañía de Seguros, S.A.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No._____ CONTRATANTE:_____
NUMERO DE CERTIFICADO_____ EMPLEADO:_____

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

PRIMEROS BENEFICIARIOS NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE

SEGUNDOS BENEFICIARIOS NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE

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

Testigo_____

Fecha_____ _____
Firma del Asegurado

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
7a. Avenida 12-23, Zona 9 Edificio Etisa 3er Nivel Guatemala, Guatemala, C.A. Tel.: (502) 22855900 Fax: (502) 2361-3036

Compañía de Seguros, S.A.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No._____ CONTRATANTE:_____
NUMERO DE CERTIFICADO_____ EMPLEADO:_____

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

PRIMEROS BENEFICIARIOS NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE

SEGUNDOS BENEFICIARIOS NOMBRE DEL BENEFICIARIO	NACIONALIDAD	PARENTESCO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE	DPI /CUI/ No. PASAPORTE

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

Testigo_____

Fecha_____ _____
Firma del Asegurado

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
7a. Avenida 12-23, Zona 9 Edificio Etisa 3er Nivel Guatemala, Guatemala, C.A. Tel.: (502) 22855900 Fax: (502) 2361-3036

COPIA