

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIOS COLECTIVO DE VIDA**

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

Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza: \_\_\_\_\_ No. Certificado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Colectivo: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito cambio de beneficiarios de mi póliza, para que quede de la siguiente manera:

Beneficiario(s) Principal(es)	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje

\_\_\_ Por partes iguales o a los sobrevivientes entre ellos \_\_\_ Según distribución especial.

Beneficiario(s) Contingente(es)	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje

\_\_\_ Por partes iguales o a los sobrevivientes entre ellos \_\_\_ Según distribución especial.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad, se pagará a \_\_\_\_\_ con cédula no. \_\_\_\_\_, y como contingente a \_\_\_\_\_ con cédula no. \_\_\_\_\_, y como segundo contingente a \_\_\_\_\_ con cédula no. \_\_\_\_\_ quienes han sido instruidos por mí sobre la forma en que deberán disponer de la suma que reciban de la Aseguradora.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

Para ser adherido a la Póliza, recibido y aceptado

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada  
 Fecha: \_\_\_\_\_