

## 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---



---



---



---