
Solicitud de Beneficiario

Seguro de Vida colectivo

Nombre del Empleador (Empresa donde trabaja)

Número del Grupo

Nombre del asegurado
(en letra de imprenta)

Número de Seguro Social

Aviso: Esta designación de beneficiario invalida cualquier otra designación anterior y será efectiva a partir de la fecha en que sea recibida por la empresa.

EL BENEFICIARIO DE LA POLIZA SERÁ:

a)	Beneficiario primario	Porcentaje	Relación con la persona asegurada	Dirección
b)	Beneficiario Contingente	Porcentaje	Relación con la person asegurada	Dirección

Nombre del asegurado/a

Firma

Testigo

(en letra de imprenta)

Fecha

Fecha

Por favor, entregue este formulario en la oficina de Beneficios, en Recursos Humanos.

042-1013SP 11/03