



## FORMULARIO PARA CAMBIO DE BENEFICIARIOS

De acuerdo con las condiciones de la póliza de PSM deseo revocar la designación de todos los beneficiarios nombrados anteriormente bajo mi póliza No. \_\_\_\_\_ y certificado No. \_\_\_\_\_ a nombre de \_\_\_\_\_, por este medio nombro como nuevos beneficiarios a:

<b>PRIMEROS BENEFICIARIOS</b> NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%

<b>SEGUNDOS BENEFICIARIOS</b> NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%
_____	_____	_____%

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

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha