

Aseguradora ABANK

Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas

CAMBIO DE BENEFICIARIO SEGURO DE VIDA GRUPO

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año

Póliza VG No.

Certificado No.

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre

NRC

NIT

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento / Día / Mes / Año

Sexo

 F M DUI Pasaporte

Número

Fecha de efectividad del cambio / Día / Mes / Año

Categoría

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Nombre

Parentesco

Porcentaje

Importante: Este documento sustituye a los beneficiarios contemplados en el formulario de solicitud del asegurado.

Firma y sello empleador

Firma titular