

1  
**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.