

DESIGNACIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIO VIDA COLECTIVO

RNC 1-02-01717-4

TIPO DE MOVIMIENTO

Designación Cambio

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del contratante _____ Sucursal _____ Póliza No. _____

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres _____ Apellidos _____

Cédula/Pasaporte _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F M

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

Teléfono de residencial _____ Celular _____ Correo electrónico _____

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje %
			Día	Mes	Año		

Importante: Este documento sustituye a los beneficiarios contemplados en el formulario de solicitud del asegurado o cualquier otro formulario de designación recibido por Humano previo a este. Dicho documento tiene validéz siempre y cuando haya sido recibido en Humano antes del fallecimiento, desmembramiento o incapacidad de la persona asegurada.

Firma del Asegurado

Fecha