

Solicitud de Anulación de Póliza o Modificación de Beneficiarios y/o Asegurados Adicionales

ANULACIÓN

Por medio de la presente yo, _____ titular de la Cédula N° _____, solicito la anulación de la Póliza N° ____-____-_____ por el siguiente motivo:

Cambio de Cobertura
 Cambio de Frecuencia de Pago
 Otro(s) motivo(s) *

* Otro(s) Motivo(s): _____

MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS Y/O ASEGURADOS ADICIONALES

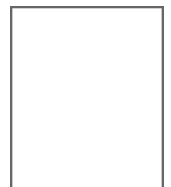
Por medio de la presente yo, _____ titular de la Cédula N° _____, solicito la modificación de los siguientes beneficiarios y/o asegurados adicionales de la Póliza N° ____-____-_____

| N° Cédula | Nombre y Apellido del Beneficiario | % Participación | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Sexo |
|-----------|------------------------------------|-----------------|---------------------|------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Cédula de Identidad del Cliente

Firma Cliente



Huella Dactilar

Lugar: _____

Fecha ____/____/____