

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

PANAMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY



COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO, SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre del Contratante		N° Póliza		Certificado			
Nombre Completo del Empleado							
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE BENEFICIARIO De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número aparece arriba el Beneficiario bajo el número de certificado mostrado arriba, en caso de mi fallecimiento es por este medio cambiado a como se muestra abajo. Se reserva el derecho de cambiar el beneficiario designado en este formulario sin el consentimiento del beneficiario					Porcentaje		
CAMBIO DE	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Parentesco		
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco

CAMBIO A	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Parentesco	Porcentaje	
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco
	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre			Parentesco

CAMBIO O CORRECCIÓN DE NOMBRE DEL ASEGURADO

NOMBRE CAMBIADO DE:

NOMBRE CAMBIADO A:

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL EMPLEADO

Lugar y Fecha (M / D / A)