

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

Fecha: ____/____/____

Póliza N°: _____

Por la presente, solicito a SMG LIFE Seguros de Vida S.A. modificar el /los beneficiario /s de mi póliza de Seguro de Vida de acuerdo a lo detallado a continuación. El /los nuevo /s beneficiario /s es /son:

Nombre y Apellido	DNI	Parentesco	Porcentaje

Como beneficiario /s contingente /s designo a:

Nombre y Apellido	DNI	Parentesco	Porcentaje

Motivo de cambio de beneficiario

- Incorporación de herederos legales
- Divorcio/ Separación
- Acredor, socio, persona deconfianza actual
- Otro motivo, especifique _____

Sin otro particular, le saluda atentamente

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN

DNI/LC/LE/CI/PAS