

**Formulario de Modificación
Seguro de Vida Colectivo**
I Datos generales del Contratante

Razón Social:	RTN:
Número de Póliza:	Número de Expediente:

II Tipo de Cambio

Nombre del beneficiario	<input type="checkbox"/>
Exclusión de beneficiarios	<input type="checkbox"/>
Porcentaje de beneficiarios	<input type="checkbox"/>
Inclusión de beneficiarios	<input type="checkbox"/>
Otros cambios (detallar)	<input type="checkbox"/>

III Datos generales del asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Número de certificado:		Numero de Identidad:		

Beneficiarios:

Nombre	Incluir / Excluir	Tipo	Parentesco	Porcentaje

Observaciones:

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado	Firma del Contratante	Aprobado
---------------------	-----------------------	----------