

**Formulario de Modificación
Seguro de Vida Individual**
I Datos generales del Asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Número de Póliza:		Número de Expediente:		

II Tipo de Cambio en Beneficiarios Principales

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

Beneficiarios:

Nombre	Incluir / Excluir	Identidad	Parentesco	Porcentaje

III Tipo de Cambio en Beneficiarios de Contingencia

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

Beneficiarios:

Nombre	Incluir / Excluir	Identidad	Parentesco	Porcentaje

IV Tipo de Cambio en Tutor de Beneficiarios menores de 21 años

Nombre del Tutor de beneficiarios menores de 21 años	<input type="checkbox"/>
Exclusión de Tutor de beneficiarios menores de 21 años	<input type="checkbox"/>
Porcentaje de Tutor de beneficiarios menores de 21 años	<input type="checkbox"/>
Inclusión de Tutor de beneficiarios menores de 21 años	<input type="checkbox"/>
Otros cambios (detallar en observaciones)	<input type="checkbox"/>

Beneficiarios:

Nombre	Incluir / Excluir	Identidad	Parentesco	Porcentaje

Observaciones:

Lugar y Fecha:	Firma del Asegurado