



PSM INTERNACIONAL

FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

PARA EL ASEGURADO TITULAR

Asegurado Principal: _____

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de **PSM INTERNACIONAL**, notifico que a partir de la fecha, en caso de mi fallecimiento, mi(s) beneficiario(s) es(son):

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE

NOTA: *Los beneficiarios designados con anterioridad a esta fecha quedan excluidos del pago de los beneficios a partir de la firma de este cambio.*

CAMBIO DE NOMBRE: En caso de que el asegurado y/o el(los) dependiente(s), beneficiario(s), cambie(n) de nombre, favor notificar a la Compañía de Seguros.

Nombre completo anterior: _____

Nombre completo actual: _____

Firma del Asegurado

Nombre y Firma del Testigo

Lugar y Fecha

Tarjeta de Identidad del Titular

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS CREFISA S.A.

Fecha de Aprobación: _____ Aprobado por: _____