

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA DE VIDA GRUPO

DATOS DE DILIGENCIAMIENTO			RADICADO
DIA	MES	AÑO	
CIUDAD			

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (C.C.)					
SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO
M F					
DIRECCIÓN DE DOMICILIO					
CIUDAD		TELÉFONO			

BENEFICIARIOS

	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRES	%
1				
	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE CONTACTO	
2				
	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE CONTACTO	
3				
	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE CONTACTO	
4				
	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE CONTACTO	
5				
	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE CONTACTO	
TOTAL				100%

*Este formato se encuentra revisado y aprobado por la Aseguradora

FIRMA DEL ASEGURADO	Huella índice derecho
CÉDULA	