



FORMULARIO CAMBIO BENEFICIARIO POLIZA

Instrucciones: Descargue el formulario en su computadora, llénelo en Acrobat Reader DC. El formulario no se puede llenar a mano. No se aceptarán formularios sin el formato establecido.

Datos personales:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Cédula N°:

Carnet:

De acuerdo con los términos y condiciones de la póliza de vida suscrita entre el Colegio de Ciencias Económicas de Costa Rica y el Instituto Nacional de Seguros, el que suscribe asegurado bajo dicha póliza, por la presente solicita que el beneficiario expresado en la misma se cambie de acuerdo con el detalle siguiente:

Nombre del beneficiario	# Cédula	Parentesco	Porcentaje
-------------------------	----------	------------	------------

Así mismo solicito al Colegio que endose dicho cambio en la solicitada póliza y ejecute todos los actos y requisitos necesarios al efecto de cambiar los beneficiarios como indico anteriormente.

Firma:

Fecha: