

FECHA

/	/	
DÍA	MES	AÑO

CAMBIO DE TITULARIDAD

____ DATOS DEL ASEGURADO _____

Nombre (s) _____ Apellido (s) _____
Cédula y/o RNC: _____ Póliza: _____

____ DATOS NUEVO AFILIADO _____

Nombre (s) _____ Apellido (s) _____
Cédula y/o RNC: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado civil: _____ Profesión u Ocupación: _____
Tel. fijo: _____ Celular: _____ Tel. Oficina: _____
Dirección: _____ Sector: _____

En calidad de asegurado solicito sea designado(a) como titular y por ende beneficiario(a) de la póliza antes descrita a mi _____ (Parentesco). Esta medida será efectiva a partir de la recepción de esta comunicación.

Atentamente,

Firma del asegurado

Firma del nuevo asegurado

Fecha