



**ASOCIACION CULTURAL Y EDUCATIVA
PARA LA POLICIA**

Nombre del asegurado

CEDULA

TELEFONO

E-MAIL

FECHA

De acuerdo con los términos y condiciones de la póliza arriba citada pagadera por este instituto, 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.

Nuevos Beneficiarios	Nº De Identificacion	Parentesco	Porcentaje

Asi mismo solicita del Instituto que endose dicho cambio en la citada Póliza y ejecute todos los actos y requisitos necesarios al efecto de cambiar el beneficiario como se indica anteriormente.

Firma del Asegurado: