

**FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO**

Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Certificado No.: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_

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

NOMBRE	Nº DE IDENTIDAD	PARENTESCO	PORCENTAJE

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

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

Nombre completo anterior: \_\_\_\_\_

Nombre completo actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Tarjeta de Identidad

**PARA USO EXCLUSIVO DE PAN AMERICAN LIFE**

Fecha de Aprobación: \_\_\_\_\_ Aprobado por: \_\_\_\_\_