



**ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL  
ASOCIADO EN CASO DE FALLECIMIENTO**

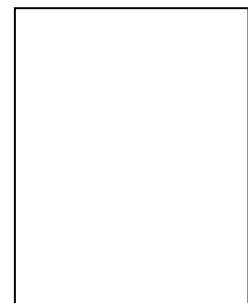
**CODIGO: R-GS-18  
VERSIÓN: 01  
PAGINA: 1 DE 1**

**Asociado:** \_\_\_\_\_

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>IDENTIDAD</b>	<b>%</b>

**FIRMA DEL ASOCIADO:** \_\_\_\_\_  
C.C.

**Cod.** \_\_\_\_\_



**Huella**  
(Índice derecho)

Bugalagrande, Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_