

México, D.F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre del contratante/asegurado: \_\_\_\_\_

No. de póliza/contrato: \_\_\_\_\_

Tipo de plan:

Aportaciones Regulares  Globaltrust  Capital Seguro  Art. 218

Por medio de la presente solicito **modificar** el/los **beneficiarios** de mi contrato/póliza celebrado con la institución arriba mencionada, y deberán quedar de la siguiente manera:

BENEFICIARIO	PORCENTAJE	PARENTESCO

Lo anterior para los efectos legales a que haya lugar.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario al respecto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del titular/contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma cotitular(es)

**Documentos que deberá anexar:**

- Copia de identificación oficial del beneficiario

**Servicio Atención al Cliente**  
Tel. 01(55) 5093 0220  
01 800 0217 569  
instruccionescliente@oldmutual.com.mx  
servicio@oldmutual.com.mx  
Horario de Atención:  
Lunes a Viernes de 8:00 a 18:00 hrs.