

# FORMULARIO DE MODIFICACIONES • CAMBIO DE BENEFICIARIO



Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones de la Póliza, deseo revocar la designación anterior y por este medio nombrar nuevo(s) beneficiario(s) a:

**NOMBRES COMPLETOS**

**PARENTESCO**

**%** los porcentajes deben sumar 100%

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Continúo reservándome el derecho de cambiar beneficiarios en el futuro, sin el consentimiento de los mismos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma de un Testigo**

Los cambios o adiciones arriba anotados, han sido registrado y/o aprobados por Seguros MAPFRE Guatemala a partir

de: \_\_\_\_\_

por: \_\_\_\_\_

**MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.**