

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.