5a. Ave. 5-55 Zona 14 - Edificio Europlaza - Torre 4 - Nivel PH - Apartado postal 207 - Guatemala, Guatemala, C.A.
Tels. P.B.X.: (502) 2328-5000, (502) 2375-5000 - Fax: (502) 2328-5001 - www.mapfre.com.gt

FORMULARIO PARA MODIFICACIONES

POLIZA No. _____ CERTIFICADO No. _____

Nombre: _____ _____
(Lugar y Fecha)

A. CAMBIO DE BENEFICIARIO

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

(Anotar parentesco y la dirección si fuese diferente a la suya)

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

B. ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA EN QUE SE ADQUIRIO	FECHA DE NACIMIENTO

_____ _____
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: _____

Seguros Mapfre | Guatemala

- - - -