

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIOS
COLECTIVO DEL MINISTERIO DE SEGURIDAD
POLIZA DE VIDA Y ACCIDENTES DE TRABAJO**

Fecha: _____
 Asegurado: _____ Cédula: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ E mail: _____
 Número de Póliza: SACO4030000000303
 Nombre de Colectivo: MINISTERIO DE SEGURIDAD PUBLICA Estamento: _____

Por este medio, como Asegurado Principal de esta Póliza Colectiva solicito cambio de beneficiarios de mi póliza, para que lea de la siguiente manera:

Beneficiario(s) Principal(es)	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Numero de Teléfono	Porcentaje %

___ Por partes iguales o a los sobrevivientes entre ellos ___ Según distribución especial.

Beneficiario(s) Contingente(es)	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	Porcentaje %

___ Por partes iguales o a los sobrevivientes entre ellos ___ Según distribución especial.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad, se pagará a _____ Con cédula No. _____ y como tutor / contingente a _____ con cédula no. _____ y como segundo tutor / contingente a _____, con cédula No. _____ quienes han sido instruidos por mí sobre la forma en que deberán disponer de la suma que reciban de la Aseguradora.

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Para ser adherido a la Póliza, recibido y aceptado

MAPFRE PANAMA, S.A.