

**SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO**

Fecha: \_\_\_\_\_  Cambio  
 Contratante: \_\_\_\_\_  Designación  
 Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Póliza: \_\_\_\_\_

Por este medio solicito cambio de beneficiarios de mi póliza, para que quede de la siguiente manera:

Beneficiario(s) Principal(es):	Parentesco	Cédula	Fecha de Nac.	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

Beneficiario(s) Contingente(es):	Parentesco	Cédula	Fecha de Nac.	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad, se pagará a \_\_\_\_\_

Céd/Pas: \_\_\_\_\_ y como contingente \_\_\_\_\_ Céd/Pas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ y como Segundo contingente a \_\_\_\_\_ Céd/Pas: \_\_\_\_\_ -

quienes han sido instruidos por contratante sobre la forma en que deberán disponer de la suma que reciban de la Aseguradora.

El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios o de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa), con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en [www.mapfre.com.pa](http://www.mapfre.com.pa). y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 de marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional."

Nombre de Contratante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado : \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ ( aplica para colectivos)

Firma de Contratante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

**El Testigo firmará que dicho cambio se ha efectuado en su presencia, por lo que da plena fe, que el mismo se hecho sin ningún tipo de coacción o coerción en contra del asegurado o contratante: \_\_\_\_\_ Cédula N° \_\_\_\_\_**

**Por aseguradora MAPFRE PANAMÁ S. A., para ser adherido la a póliza, recibido y aceptado.**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_