

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIOS
COLECTIVO DE LA ACP – POLIZA DE VIDA Y ACCIDENTES DE TRABAJO**

Fecha: _____

Asegurado: _____

I.P.: _____

Número de Póliza: _____

Teléfonos: _____

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) Principal(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 _____
Como tutor / contingente a _____ y como segundo tutor /
contingente a _____ quienes han sido instruidos por mí sobre la forma
en que deberán disponer de la suma que reciban de la Aseguradora.

Firma del Asegurado

Número de Cédula

Para ser adherido a la Póliza, recibido y aceptado

MAPFRE PANAMA, S.A.

Fecha: _____