

**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: _____

Teléfono: _____

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) Principales(es)	Cédula/ Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	Porcentaje %

____ Por partes iguales o a los sobrevivientes entre ellos ____ según distribución especial.

Beneficiario(s) Contingentes(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 _____
cédula _____ como tutor/ contingente _____ cédula _____ quienes han
sido instruidos por mi 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 PANAMÁ, S.A.
Fecha: _____