

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O CAMBIO DE
BENEFICIARIOS COLECTIVO DE ACP**

Fecha: _____

Asegurado: _____

Número de Póliza: _____

Por este Medio Solicito cambio de beneficiarios de mi póliza, para que quede 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 _____ y como contingente _____ y como segundo 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

Firma del Contratante

Para ser adherido a la Póliza, recibido y aceptado

MAPFRE PANAMA, S.A.

Fecha: _____