

FORMULARIO DE MODIFICACIONES • ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES  Seguros **MAPFRE** | GUATEMALA

Póliza Colectiva No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Nombres completos del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en que se adquirió			Fecha de nacimiento			DPI	Sexo	
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		F	M

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Luga y fecha

Los cambios o adiciones arriba anotados, han sido registrado y/o aprobados por Seguros MAPFRE Guatemala a partir

de: \_\_\_\_\_

por: \_\_\_\_\_

MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.