

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 registrados y/o aprobados por Seguros MAPFRE Guatemala a partir

de: _____

por: _____

Seguros MAPFRE Guatemala