MAPFRE BHD | SEGUROS

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Nombre del Contratante : _____
Departamento : _____
Número de Póliza : _____
Nombre del Asegurado : _____
Certificado No. : _____

Favor indicar sus beneficiarios para el Seguro Colectivo de Vida.

Nombres y Apellidos de los Beneficiarios	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% Asignado*

Cualquier documento existente con fecha anterior a éste queda sin efecto.

Firma del Asegurado	Cédula	**Fecha

*El total de los porcentajes debe ser igual a 100%.
**Esta fecha corresponde a la firma del documento por parte del asegurado e indica el inicio de efectividad.
Para conservar su validez este documento debe ser recibido en MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A. antes haber transcurrido 30 días desde su firma.