

1. Abrir PDF.
2. Seleccionar la pestaña de “Herramientas” en la parte superior de la pantalla.

archivo Editar Ver Ventana Ayuda

Inicio **Herramientas** FORMULARIO CA... x

CAMBIO DE BENEFICIARIOS  
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES MAPFRE COLECTIVO  
COLONES

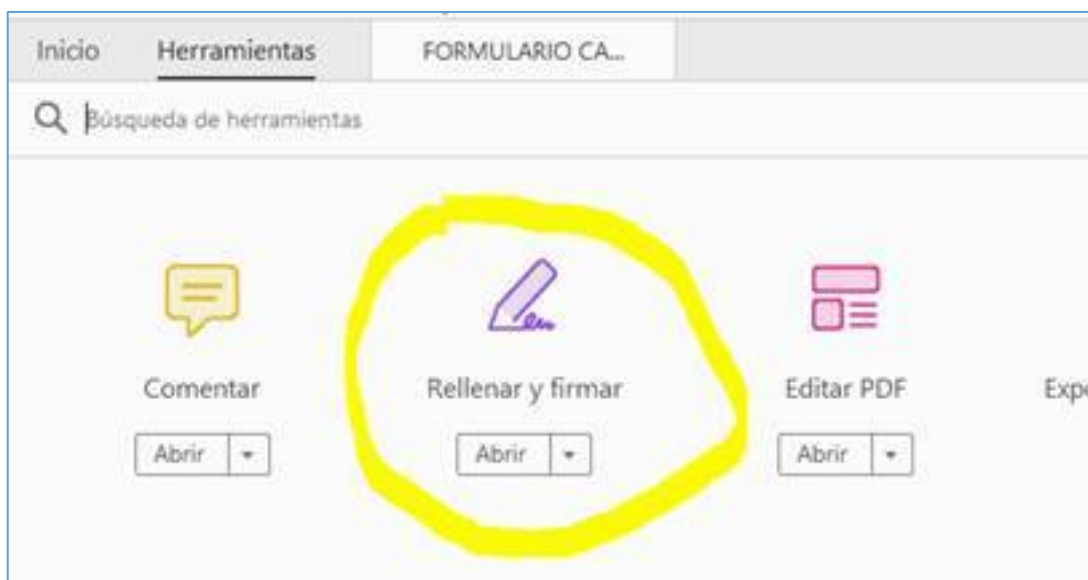
MAPFRE

Nº DE PÓLIZA: 1912110100001	FECHA EFECTIVA PARA EL CAMBIO DE BENEFICIARIO:
NOMBRE DE EL TOMADOR: ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE COSTA RICA	CÉDULA JURÍDICA: 3002218127
NOMBRE DEL ASEGURADO DIRECTO:	Nº DE IDENTIFICACION:

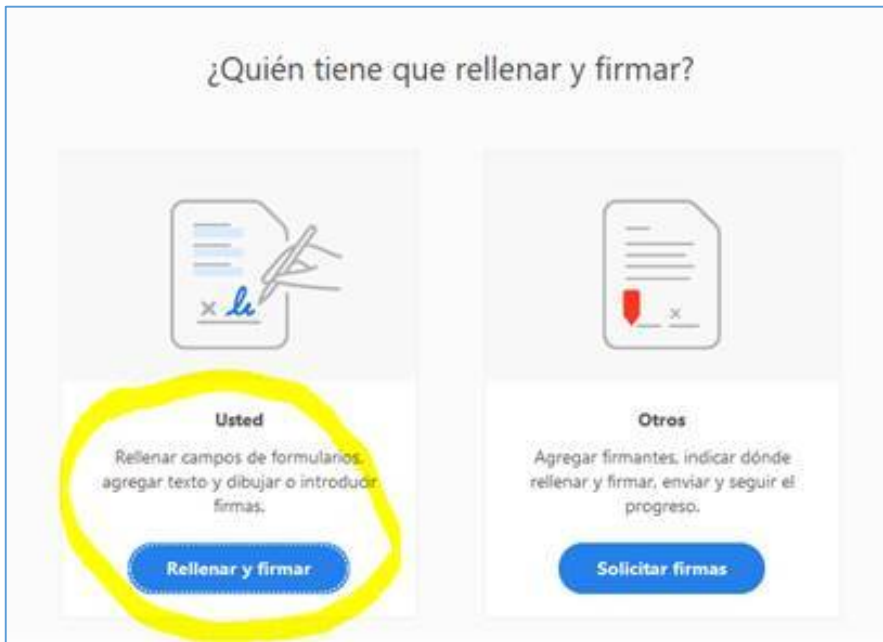
INFORMACION DE BENEFICIARIOS: (Según artículo 10 de la normativa para el cumplimiento de la ley 8204).

NOMBRE COMPLETO	Nº DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE %

3. Seleccionar la opción “Rellenar y firmar”



4. Seleccionar nuevamente la opción de "Rellenar y firmar".



5. Una vez seleccionada esta opción, puede posicionarse sobre la parte que desea completar y escribir, da clic y se le habilitará un espacio para escribir:

CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO ACCIDENTES PERSONALES MAPFRE COLECTIVO COLONES	
Nº DE PÓLIZA:	Escriba el texto aquí
NOMBRE DE EL TOMADOR:	ASOCIACION SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE COSTA RICA
NOMBRE DEL ASEGURADO DIRECTO:	
INFORMACION DE BENEFICIARIOS: (Según artículo 10 de la normativa para	

6. Firmar el formulario al final del documento.
7. Remitir el formulario al correo [bcrseguros@bancobcr.com](mailto:bcrseguros@bancobcr.com).

**\*\*Consultas al correo [bcrseguros@bancobcr.com](mailto:bcrseguros@bancobcr.com), teléfono 2211-11-11 opción 4.**