



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. De Colegiado

INFORMACIÓN PERSONAL

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Apellido de Casada _____ Nombres _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
Edad: _____ Estado Civil: _____
Dirección de domicilio: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Email: _____
DPI: _____ NIT: _____
Tipo de sangre: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa: _____
Cargo: _____ Área de trabajo: _____
Dirección: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____
Fax: _____ Email: _____
Lugar para recibir correspondencia: Casa Oficina
Correo electrónico para recibir información: Personal Oficina

Fecha de actualización

Firma

Nota: Enviar escaneado al correo electrónico de cpaexpedientes@cpa.org.gt.

Si desea actualizar datos de beneficiario en su seguro de vida [CLIC para descargar formulario](#).