

Número de Póliza:

Número de Certificado (si corresponde):

Datos del Asegurado Titular

Apellido y Nombres:

D.N.I./C.U.I.L./C.U.I.T.:

Sexo: ☐ F ☐ M

Nacionalidad:

Fecha y Lugar de Nacimiento:

Estado Civil:

Actividad:

Domicilio Laboral:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Tel. Particular:

Celular:

E-Mail:

Designación de Beneficiarios

Apellido y Nombres	Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Relación	D.N.I.	% de Beneficio

La sumatoria de los porcentajes de los beneficiarios deberá ser del 100%.

La presente designación anula y reemplaza a cualquier otra efectuada con anterioridad, exclusivamente, para la póliza/certificado indicado en el presente formulario. Cuando el Asegurado Titular no designe beneficiario/s por cualquier causa, la designación resulte ineficaz o quede sin efecto se entiende que designó a sus herederos legales.

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma del Solicitante

Aclaración de la Firma

D.N.I.