

Designación de Beneficiario / Cambio de Beneficiario

Apellido/s y Nombre/s

Certificado N°

Póliza N°

Documento LE /DNI/LC N°

En caso de Fallecimiento, el Capital Asegurado se abonará al/a los siguiente/s beneficiario/s

Beneficiario/s

Nombre/s y Apellido/s completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC N°	Parentesco	%
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

Firma y sello del Contratante

Importante:

Cambio de Beneficiario

Quienes deseen modificar los beneficiarios ya instituidos, deben tener en cuenta que este formulario reemplaza lo consignado con anterioridad. Es decir que si desean mantener algún beneficiario designado anteriormente, deben indicarlo nuevamente.

Datos del Solicitante y Certificación del Contratante

El contratante certificará la autenticidad de la firma del asegurado, haciéndose responsable de los datos por él consignados. El formulario no podrá presentar omisiones, enmiendas o raspaduras.

Si el asegurado estuviera incorporado en dos o más seguros colectivos, deberá diligenciar un formulario para cada una de las pólizas tomadas, en las cuales quiera cambiar beneficiarios.