

## FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

### SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ Cert. \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos completos (**Titular**):

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: tipo: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profesión/Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio Particular \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

Complete el primer renglón de cada cuadro con los datos de los beneficiarios principales que desee designar.

Si deseara designar además beneficiarios contingentes, complete sus datos en el segundo renglón según corresponda y marque con un círculo "M" para el caso de Minoría de edad del beneficiario primario y/o "P" para el caso de fallecimiento Previo del beneficiario principal respecto del asegurado.

<b>PRIMARIOS</b>				
	Nombres y Apellidos	Parentesco	N° Documento	%
1				
2				
3				
4				
5				
6				

La presente designación de beneficiarios anula y reemplaza cualquier designación efectuada con anterioridad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha