

Designación / Cambio de Beneficiario

Póliza N°: _____

Datos del Tomador:

Nombre o Razón Social: _____ CUIT/CUIL: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 E-mail: _____ Cel.: 0 _____ 15 _____ Tel. fijo: 0 _____

Datos del Asegurado:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ CUIL: _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____
 Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 N° de Legajo: _____ Fecha de ingreso al empleo: ____ / ____ / ____
 E-mail: _____ Cel.: 0 _____ 15 _____ Tel. fijo: 0 _____

Designación de Beneficiarios:

El Asegurado tiene derecho a designar uno o más Beneficiarios. La sumatoria de los porcentajes asignados no podrá exceder el 100%. Si se designaran dos o más Beneficiarios sin indicar los correspondientes porcentajes, el beneficio será prorrateado en partes iguales. Si un Beneficiario falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecentará la de los demás Beneficiarios, si los hubiese, en forma proporcional. En caso de NO designar Beneficiarios o si la designación fuera ineficaz, el beneficio corresponderá a los herederos legales.

Datos de los Beneficiarios Primarios:

Apellido/s y Nombre/s	Parentesco	DNI/Pasaporte	% del Beneficio

Datos de los Beneficiarios Contingentes:

En caso de fallecer todos los Beneficiarios Primarios o que se torne ineficaz su designación, los beneficios de esta Póliza será percibidos por los Beneficiarios Contingentes, en los porcentajes determinados.

Apellido/s y Nombre/s	Parentesco	DNI/Pasaporte	% del Beneficio

¿Por medio de la presente se están modificando Beneficiarios designados con anterioridad?: SÍ ☐ NO ☐. En caso afirmativo, indique el motivo del cambio:

Firmada en _____, el ____ de _____ del 20 ____.

Firma del Contratante

Aclaración de la firma

DNI

En caso de ser una póliza de Vida Colectivo o de Bancaseguros, también completar:

Firma del Asegurado

Aclaración de la firma

DNI