

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS



Número Identificación del Asegurado		Número de Póliza			
		09-00484-001			
Nombre del Tenedor de Póliza:					
Seguro Social del Asegurado:		Marque a que Clasificación Pertenece:			
		<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> (Otro) _____			
Nombre del Asegurado:					
_____		_____			
Apellido Paterno		Apellido Materno			

Nombre					
Dirección del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____			
		Mes Día Año			
Fecha de Ingreso:	Fecha de Efectividad:	Salario Mensual: \$ _____			
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____				
Mes Día Año	Mes Día Año				
Nombre y Apellidos del Beneficiario(s) *	%	Fecha de Nacimiento			Relación
		Mes	Día	Año	
Certifico que la información suministrada en este documento es correcta:					
_____		_____	_____	_____	_____
Firma del Asegurado		Mes	Día	Año	
<ul style="list-style-type: none"> A no ser estipulado de otro modo, en caso de que dos beneficiarios o más sean designados, el importe será pagado en partes iguales a los beneficiarios o beneficiarios que sobreviven al asegurado. Si ningún beneficiario sobreviviese, el pago sería hecho conforme a las disposiciones de la ley. La última designación de beneficiarios excluye totalmente a los beneficiarios designados anteriormente. La fecha de efectividad de esta designación quedará sujeta a la fecha en que entre en vigor la póliza correspondiente. 					