

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE PERSONAS

DATOS DEL ASEGURADO

N.º DE PÓLIZA: N.º CERTIFICADO:

APELLIDO Y NOMBRE	CUIT - CUIL - CDI	RELACIÓN CON EL ASEG.	% DE PART.

DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO: CELULAR: EMAIL:

INSTRUCCIONES

1. EL FORMULARIO DEBERÁ SER COMPLETADO CON LETRA CLARA EN IMPRENTA.
2. LA CANTIDAD DE BENEFICIARIOS PUEDE SER MENOR A CUATRO.
3. LA SUMA DE LOS PORCENTAJES ASIGNADOS A LOS BENEFICIARIOS NO PODRÁ SUPERAR EL 100%. EN CASO QUE LA SUMA SEA SUPERIOR AL 100%, DICHOS PORCENTAJES SE REDUCIRÁN EN FORMA PROPORCIONAL HASTA ALCANZAR EL 100%
4. DESIGNADA VARIAS PERSONAS SIN INDICACIÓN DE PROPORCIONES, SE ENTIENDE QUE EL BENEFICIO ES POR PARTES IGUALES.
5. CUANDO EL ASEGURADO NO DESIGNE BENEFICIARIOS O CUANDO POR CUALQUIER MOTIVO SE ENTIENDA QUE LA DESIGNACIÓN RESULTA INEFICAZ O QUEDA SIN EFECTO, SE ENTIENDE QUE DESIGNÓ A LOS HEREDEROS LEGALES.
6. EL ASEGURADO PODRÁ CAMBIAR EN CUALQUIER MOMENTO UNO, ALGUNOS O TODOS LOS BENEFICIARIOS MEDIANTE FORMA ESCRITA.
7. LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS REALIZADA EN EL PRESENTE FORMULARIO DEJA SIN EFECTO CUALQUIER DESIGNACIÓN ANTERIOR, POR LO QUE SÓLO SE CONSIDERARÁN BENEFICIARIOS A LAS PERSONAS AQUÍ MENCIONADAS.
8. ESTE FORMULARIO CARECERÁ DE VALOR ALGUNO SI EL MISMO NO ES FIRMADO POR EL ASEGURADO.
9. LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y LAS EVENTUALES MODIFICACIONES POR ESCRITO QUE EL ASEGURADO REALICE TENDRÁN EFECTO CON RESPECTO AL ASEGURADOR DESDE EL DÍA EN QUE ÉSTE TOMÓ CONOCIMIENTO.
10. CUANDO EL ASEGURADO NO IDENTIFIQUE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO, SE ENTIENDE QUE ES PARA TODAS LAS PÓLIZAS CONTRATADAS DE SEGURO DE PERSONAS VIGENTE.
11. UNA VEZ COMPLETO PODRÁ SER ENVIADO POR MEDIO DEL CORREO ARGENTINO AL APARTADO ESPECIAL N° 90 C1000WAA – CORREO CENTRAL – SIN NINGÚN COSTO PARA EL ASEGURADO. EL ABAJO FIRMANTE, DECLARA BAJO JURAMENTO, QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NI FALSEADO DATO ALGUNO. SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

FIRMA (*)

ACLARACIÓN

FECHA

(*) TITULAR – REPRESENTANTE LEGAL – TUTOR (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

PARA SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADOR (COMPLETAR CON LOS DATOS DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE RECEPCIÓN)

FIRMA

ACLARACIÓN

FECHA DE RECEPCIÓN