

Área de Recursos Humanos

Tomador:	AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS		
Nombre y Apellidos del Asegurado o Asegurada:			
D.N.I.		Fecha de Nacimiento:	

Fecha de efecto de la designación: de..... de.....

Por el presente escrito ruego se sirvan tomar nota de la designación de personas beneficiarias de la Póliza colectiva de Vida antes señalada es la siguiente:

(Indicar el nombre completo, parentesco y porcentaje del capital que desea asignar a cada beneficiario)

Nombre y Apellidos	%	Parentesco

Fecha y Firma del Asegurado/a:

..... de..... de.....

Enviar esta designación de beneficiarios a la atención de:

**AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS. RECURSOS HUMANOS
RELACIONES LABORALES
PLAZA MAYOR, 12. Planta Baja
28911 LEGANÉS (MADRID)**

Área de Recursos Humanos

Tomador:	AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS
-----------------	--------------------------------

Nombre y Apellidos del Asegurado o Asegurada:	
--	--

D.N.I.		Fecha de Nacimiento:	
---------------	--	-----------------------------	--

Fecha de efecto de la designación: de..... de.....

Por el presente escrito ruego se sirvan tomar nota de la designación de personas beneficiarias de la Póliza colectiva de Vida antes señalada es la siguiente:

(Indicar el nombre completo, parentesco y porcentaje del capital que desea asignar a cada beneficiario)

ES COPIA

Nombre y Apellidos	%	Parentesco

Fecha y Firma del Asegurado/a:

..... de..... de.....

Enviar esta designación de beneficiarios a la atención de:

**AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS. RECURSOS HUMANOS
RELACIONES LABORALES
PLAZA MAYOR, 12. Planta Baja
28911 LEGANÉS (MADRID)**