

**Mod. DP 27 DESIGNACIÓN O CAMBIO DE PERSONAS  
BENEFICIARIAS DE LA PÓLIZA COLECTIVO DE VIDA**

Área de Recursos Humanos

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

**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)*

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)**

ES COPIA