

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: ☐ Director ☐ Empleado ☐ Asesor ☐ Socio ☐ (Otro) _____		
Nombre del Asegurado: _____ _____ _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre				
Dirección del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Mes Día Año		
Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Mes Día Año	Fecha de Efectividad: ____ / ____ / ____ Mes Día Año	Salario Mensual: \$ _____		
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				
- 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.				