



DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Número miembro del Tenedor de Póliza	Departamento	Número de Póliza	
Nombre del Tenedor de Póliza: _____			
Seguro Social Miembro:	Marque a que Clasificación Pertenece:		
	<input type="checkbox"/> Director	<input type="checkbox"/> Empleado	
	<input type="checkbox"/> Asesor	<input type="checkbox"/> Socio	
	<input type="checkbox"/> Miembro	<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 del Beneficiario(s) *	Cantidad ó % a designar	Fecha de Nacimiento	Relación
		Mes Día Año	
Certifico que la información suministrada en este documento es correcta:			
_____	_____	_____	_____
Firma del Asegurado	Mes	Día	Año
<p>* 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.</p> <p>* Si ningún beneficiario sobreviviese , el pago sería hecho conforme a las disposiciones de la ley.</p> <p>* La última designación de beneficiarios excluye totalmente a los beneficiarios designados anteriormente.</p> <p>* La fecha de efectividad de esta designación quedará sujeta a la fecha en que entren en vigor la póliza correspondiente.</p>			