

Designación de Beneficiario / Cambio de Beneficiario

Apellido/s y Nombre

Poliza N°

Documento L.E./D.N./L.C. N°

En caso de Fallecimiento, el Capital Asegurado se abonará al /a los siguiente /s beneficiario/s.

Beneficiario/s

Nombre / s y Apellido / s completo	Fecha de Nacimiento	Documento DNI/LE/LC N°	Parentesco	%
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PCIA. BS AS DISTRITO VII		CUIT:		(*)

(*) En primer término se abonará al Colegio de Médico de la Pcia Bs As Distrito VII en caso de existir deuda alguna por parte del profesional para con la institución, hasta el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza

Indicar Causa que origina el cambio de beneficiario/s

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

Firma y Aclaración

IMPORTANTE

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Quienes deseen modificar los beneficiarios ya instituidos, deben tener en cuenta que este formulario reemplaza lo consignado con anterioridad. Es decir que si desean mantener algún beneficiario designado anteriormente, deben indicarlo nuevamente.

BENEFICIARIOS SUSTITUTOS

Quienes deseen designar beneficiarios sustitutos deberán escribir entre los beneficiarios la siguiente leyenda: " En caso de fallecimiento del beneficiario que antecede abonar el capital asegurado al siguiente beneficiario".

DATOS DEL SOLICITANTE

El formulario no podrá presentar omisiones, enmiendas o raspaduras.

Si el asegurado estuviera incorporado en dos o más seguros colectivos, deberá diligenciar un formulario para cada una de las pólizas tomadas, en las cuales quiera cambiar beneficiarios.

Designadas varias personas sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

