

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S



Asegurado (Apellido y nombre completo)

Tipo y N° documento

Fecha de Nac.

Asegurado en ATM Seguros por medio del seguro de

Póliza N°

declaro que designo beneficiario/s de mi seguro a:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL O LOS BENEFICIARIOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	DOMICILIO EN	%
	Tipo	Número			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha

Firma del Asegurado (con tinta o bolígrafo)