



PLANILLA DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA



Matrícula Provincial N°.....

EL-LA que suscribe:

**APELLIDO:**..... **NOMBRES:**.....

(En letra de imprenta, como figura en el documento y sin abreviaturas)

**DOMICILIO:**..... **N°**..... **TEL/CEL**.....

**LOCALIDAD:**..... **C.P.**..... **NACIONALIDAD:**.....

**FECHA DE NACIMIENTO:**..... **D.N.I.: TIPO**..... **N°**.....

**ESTADO CIVIL:**..... **MAIL**.....

**TITULO EXPEDIDO POR:**..... **FECHA:**.....

INGRESA A LA CAJA DE AYUDA SOLIDARIA COMO AFILIADO EL .....

DECLARANDO ESTAR DISPUESTO A DAR FIEL CUMPLIMIENTO A SU REGLAMENTACION Y DESIGNANDO BENEFICIARIO(S) PARA EL SEGURO DE VIDA DEL TITULAR DE CAJA DE AHORRO Y DE LA CAJA SOLIDARIA DE AYUDA MUTUA A QUIEN/ES DETALLO A CONTINUACIÓN; Y ACEPTANDO QUE AL MOMENTO DEL PAGO DEL SEGURO SE DESCONTARÁ CUALQUIER DEUDA QUE EL SOCIO TUVIERA CON LA INSTITUCIÓN (TESORERÍA DEL CÍRCULO MÉDICO, CAJA SOLIDARIA, PRÉSTAMOS, ETC.)

**EN 1er. TERMINO**..... **DNI**..... **TEL**.....

**DOMICILIADO/A EN CALLE:**..... **N°**..... **CEL**.....

**LOCALIDAD:**..... **COD. POSTAL:**..... **MAIL**.....

**EN 2do. TERMINO**..... **DNI**..... **TEL**.....

**DOMICILIADO/A EN CALLE:**..... **N°**..... **CEL**.....

**LOCALIDAD:**..... **COD.POSTAL:**.....

**EN 3er. TERMINO**..... **DNI**..... **TEL**.....

**DOMICILIADO/A EN CALLE:**..... **N°**..... **CEL**.....

**LOCALIDAD:**..... **COD. POSTAL:**..... **MAIL**.....

**EN 4to. TERMINO**..... **DNI**..... **TEL**.....

**DOMICILIADO/A EN CALLE:**..... **N°**..... **CEL**.....

**LOCALIDAD:**..... **COD. POSTAL:**..... **MAIL**.....

(si correspondiere: indicar porcentajes que deja a cada uno de los beneficiarios)

.....  
FIRMA Y ACLARACION

Paraná, .....