

SEGUROS



DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS

Seguro de Vida Ley

Póliza N°: \_\_\_\_\_

Conste por el presente documento que YO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Asegurado bajo la Póliza de Seguro de Vida en grupo contratado por los señores: \_\_\_\_\_

**NOMBRO COMO BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO A LAS SIGUIENTES PERSONAS SEGÚN EL ART. 1 DEL D.L. 688:**

Nombres y apellidos:	Parentesco:	Dirección:	Fecha de nacimiento:	DNI:

En fe de lo cual firmo el presente documento de declaratoria de beneficiarios.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Nota:** Agradecemos legalizar la firma del Asegurado notarialmente.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO.**

**Nota:** De acuerdo a lo indicado por el Art.1 del dispositivo en mención, el Seguro de Vida se toma en beneficio del cónyuge, conviviente y de los descendientes, sólo a falta de éstos corresponde a los padres y hermanos menores de 18 años.