

**FORMULARIO DESIGANCIÓN DE BENEFICIARIOS**

El que suscribe: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DNI N°: ………………………………………. Domicilio: …….……………………………………………………………………………………..

Solicita se incorporen / remplacen los beneficiarios que se detallan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y Nombre | Fecha de Nacimiento | Documento N° | Parentesco | Teléfono | % |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ……………………………………….. ……………………………………

 Lugar y Fecha Firma y Aclaración

\* "Declaración jurada válida por 10 años, vencido dicho plazo deberá renovarse la designación de beneficiario/s".