

POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO OPTATIVO VOLUNTARIO (EX DIBA)
PERSONAL DE LA ARMADA
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO TITULAR / CONYUGE ADHERIDA (*)	DNI N° (**)
--	--------------------

 Apellido y nombres

_____	____/____/____	_____
DNI	Fecha de Nacimiento	Estado Civil

_____	_____	_____	_____
Domicilio – N° - Piso	Localidad	Provincia	Código Postal

_____	_____
Teléfono Fijo y/o Celular	Correo electrónico

(*) Tachar lo que **NO** corresponda

(**) DNI del Titular del Seguro de Vida Optativo contratado.

Designación de Beneficiarios:

El asegurado tiene el derecho de designar uno o más Beneficiarios. El Orden determinará la prioridad del pago. En caso de fallecimiento de los Beneficiarios designados en primer orden, el beneficio corresponderá a los Beneficiarios del siguiente orden de prelación.

Si se designaran dos o más Beneficiarios sin indicar los correspondientes porcentajes, el beneficio será prorrateado en partes iguales. Si un Beneficiario falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá a la de los demás Beneficiarios, si los hubiera, en forma proporcional. La sumatoria de los porcentajes asignados no podrá exceder el 100% del capital asegurado dentro del mismo número de orden. En caso de NO designar Beneficiarios o si la designación fuera ineficaz, el beneficio correspondería a los herederos legales.

En caso de existir más de una declaración de Beneficiario, tendrá validez la última registrada.

ORDEN	APELLIDO Y NOMBRES	DNI	PARENTESCO	% del beneficio

Lugar y fecha de la Declaración: _____

 Firma y Aclaración del Asegurado

 Recibió