



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para que la presente designación resulte válida, debe ser firmada al dorso por el Asociado que instituye beneficiarios

En previsión de mi fallecimiento, dispongo que el importe de todos los subsidios que correspondiera abonar por mi deceso o cuotas acumuladas según punto 2.1.4. del Reglamento de Servicio de Subsidios por Fallecimiento, **previo descuento de lo que adeudase o hubiera afianzado a la Sociedad Militar “Seguro de Vida” – Institución Mutualista** por todo concepto, sea abonado a:

Beneficiario/s:

	OPCIONAL Tope %
Nombre y Apellido o Razón Social: DNI/LE/LC/CUIT: Domicilio: Celular: Correo electrónico: Vínculo:	
Nombre y Apellido o Razón Social: DNI/LE/LC/CUIT: Domicilio: Celular: Correo electrónico: Vínculo:	
Nombre y Apellido o Razón Social: DNI/LE/LC/CUIT: Domicilio: Celular: Correo electrónico: Vínculo:	
Nombre y Apellido o Razón Social: DNI/LE/LC/CUIT: Domicilio: Celular: Correo electrónico: Vínculo:	

- Este formulario debe ser completado con letra clara.
- De ser posible detalle domicilio, documento de identidad o C.U.I.T., celular y correo electrónico de cada uno de los beneficiarios
- Esta designación reemplaza a la Designación de Beneficiarios inicial estipulada en el punto 4.5 del “Reglamento del Servicio de Subsidio por Fallecimiento” y a cualquier otra designación emitida con anterioridad.
- Asimismo, podrá indicarse un tope máximo o porcentual de participación en el cobro del subsidio a los beneficiarios. Para el caso que la sumatoria de los topes asignados no totalizaren el 100%, el subsidio se abonará a los beneficiarios designados en partes iguales.
- En caso que alguno de los beneficiarios designados hubiere prefallecido, el total de lo que a este le hubiere correspondido se distribuirá entre los supérstites en proporción a las partes que a cada uno de ellos se le adjudicó.

Datos a completar por el Asociado:

.....de.....de.....
Lugar Fecha

Firma:

Apellido y Nombre:

DNI/LC/LE: - Matrícula:

El sobre que contenía este documento, fue abierto en el Departamento Gestoría en presencia de
....., DNI/LE/LC:, quien firma
en prueba de ello, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los..... días del mes de
..... de

.....
Firma

Control interno SMSV - Intervino

.....
Jefatura Dpto. Gestoría