

Solicitud de Designación de Beneficiario

Por favor completar todos los campos, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos personales del Asegurado

Nombre y Apellidos:

Documento tipo: LE LC DNI N° CUIT/L CP:

Domicilio: CP:

Provincia: Localidad:

Mail: Teléfono de contacto:

Tipo de Póliza: AP VT Número: N° Certificado:

Designación de Beneficiarios

Por la presente designo como Beneficiario de la póliza a:

Nombres y Apellidos	Tipo y N° de documento	Parentesco	Teléfono o mail de contacto	%Beneficio (*)	Orden

(*) En caso de designar más de un beneficiario, se deberá determinar el porcentaje de beneficio a cada uno, la suma de los porcentajes debe sumar un total de 100% caso contrario, se entenderá que el beneficio es por partes iguales.

Tomo conocimiento que, en caso de no completar la presente designación, se tomará como beneficiarios de este seguro a los herederos legales, conforme a las cuotas hereditarias (Art. 145 de la Ley de Seguros).

Lugar y fecha:/...../.....

.....
Firma y aclaración del Asegurado

⚠ Requisitos

- Junto con este formulario firmado, adjuntar copia de DNI del titular.
- En caso de firmar con huella digital deberá adjuntar, además, copia de DNI y firma de un testigo, ajeno a las partes del contrato del seguro.

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: clientes@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

