



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

FORMULARIO DE DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Datos del Tomador		
Razón Social:		Póliza N°:
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código Postal:

Datos del Solicitante				
Apellido y Nombres Completos:				
Domicilio:				Código Postal:
Localidad:	Provincia:	Teléfono:	Documento Tipo: LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>	Número:
Fecha de Nacimiento:/...../19.....	Edad: años.	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	Estado Civil:
Profesión u Ocupación:	C.U.I.T. / C.U.I.L.:	Actividades o Deportes que practica:		

Beneficiarios			
Apellido y Nombres Completos	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	%
1)
2)
3)
4)
5)

...../...../..... Firma y Aclaración del Propuesto Asegurado Firma y Aclaración del Agente

Lugar y Fecha