



Certificado de cobertura de seguro de vida por fallecimiento o accidente:

Por favor, indique a continuación, siendo en orden numérico ordenados del 1 al 3 la prioridad de beneficio del seguro de vida que, por su expresa voluntad, desea que sean beneficiarias del seguro y reciban la suma asegurada en caso de uso de la póliza:

1. Nombre/Dni/Parentesco: _____
2. Nombre/Dni/Parentesco: _____
3. Nombre/Dni/Parentesco: _____

Certificado de cobertura de seguro de sepelio:

Por favor, indique a continuación el nombre y apellido de los integrantes de su grupo familiar directo:

1. Nombre/Dni/Parentesco: _____
2. Nombre/Dni/Parentesco: _____
3. Nombre/Dni/Parentesco: _____

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Firma

Aclaración

Por favor, sírvase indicar los siguientes datos:

DOCUMENTO (Tipo y N°) : _____

DOMICILIO : _____

TELÉFONO (Fijo y móvil) : _____

E-MAIL : _____

**PARA COMPLETAR EL TRÁMITE PRESENTAR EL COMPROBANTE DE
C.B.U. QUE EMITE EL BANCO**

Código de Vendedor: _____