



ASSURANT
Solutions

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Nombre del titular:	
Póliza Nro:	Certificado:

Datos de los beneficiarios				
Nombre y apellido	Nro documento	F. Nacimiento	Parentezco	%

Firma:.....

Aclaración:.....

DNI:.....

Teléfono:.....

Enviar al Fax: (011) 4342-5939