plan de bienestar
utm-prssa
Sirviendo al obrero portuario y su familia

TARJETA DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS
SEGURO DE VIDA GRUPAL

NOMBRE DEL SOCIO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL

DIRECCION	PUERTO

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS	%	PARENTESCO	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

Por la presente, libre y voluntariamente, autorizo al Plan de Bienestar UTM-PRSSA y/o cualquier compañía de seguros que tenga contrato de seguro grupal con el Plan de Bienestar UTM-PRSSA a que pague a los beneficiarios que aquí designo la cantidad por concepto de seguro de vida a la cual yo pudiese tener derecho en la fecha de mi muerte. Me reservo el derecho de hacer los cambios que yo estime conveniente a esta designación de beneficiarios.

NOTA: Se requiere que el socio sea Elegible, Reclasificado o que haya cumplido con en mínimo de horas establecido por la Junta de Síndicos a la fecha de fallecimiento.

FIRMA DEL SOCIO	FIRMA DEL TESTIGO

_____ _____

_____
Fecha