DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Número Miembro del Tenedor de la Póliza	Departamento	Número de Póliza
		9-387

Nombre del Tenedor de la Póliza: Coop. Ahorro y Crédito Rafael Carrión, Jr.

Seguro Social Miembro	**Marque a que Clasificación Pertenece** ____Director ____Empleado ____Miembro ____Asesor ____Socio ____(Otro)

Nombre del Asegurado

_____ _____ _____

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre

Dirección del Asegurado	**Fecha de Nacimiento** _____ _____ _____ Mes Día Año

Nombre del Beneficiario (s) *	**Cantidad ó % a designar**	**Fecha de Nacimiento**			**Relación**
		Mes	**Día**	**Año**	

Certifico que la información suministrada en este documento es correcta:

_____ _____ _____ _____

Firma del Asegurado | Mes Día Año

* A no ser estipulado de otro modo en caso de que dos beneficiarios o más sean designados, el importe será pagado en partes iguales a los beneficiarios o beneficiarios que sobreviven al asegurado.

* Si ningún beneficiario o sobreviviente, el pago sería hecho conforme a las disposiciones de ley.

* La última designación de beneficiarios excluye totalmente a los beneficiarios designados anteriormente.

* La fecha de efectividad de esta designación quedará sujeta a la fecha en que entren en vigor la póliza correspondiente.