Multinational Life Insurance Company

PO Box 366107, San Juan PR 00936 6107 - 510 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO DE VIDA GRUPAL

Socio o Empleado

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Número de Seguro Social

___ - ___ - ____

Dirección

Calle y Número Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil

☐ Casado ☐ Soltero

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Entidad Asegurada

Número de Póliza

1 -

Beneficiarios (Nombre Completo)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Proporción y Orden en el Pago del Beneficio

He recibido información sobre la cubierta de seguro mencionada anteriormente. Por la presente, libre y voluntariamente, AUTORIZO a Multinational Life Insurance Company, aseguradora de la entidad arriba indicada, a que pague a los beneficiarios designados aquí, la cantidad por concepto de Seguro de Vida Básico a la cual yo pudiese tener derecho en la fecha de mi muerte. Esta designación revoca cualquier otra hecha con anterioridad a la fecha de hoy. Me reservo el derecho de cambiar mi(s) beneficiario(s) en cualquier momento.

Firma

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA (PATRONO)

Fecha de Empleo del Solicitante

Día	Mes	Año

Fecha de Elegibilidad

Día	Mes	Año

Ocupación del Socio o Empleado

Salario Anual

Firma Autorizada de la Entidad Asegurada (Patrono)

Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

(Favor de no escribir en este espacio)

Fecha de Efectividad

Día	Mes	Año

Número de Certificado

Clasificación

Cantidad de Seguro de Vida