

SOLICITUD PAGO DE SEGURO BENEFICIARIO

Seguro de Vida

El que suscribe.....
D.N.I.con domicilio en.....
.....Solicita el pago de SEGURO por
la suma de PESOS.....
.....

QUE COMO BENEFICIARIO DE:

Apellido y Nombre de Asegurado.....
Fecha de Nacimiento.....de.....de 19.....

Observaciones.....
.....

.....
Firma o impresión digital

CERTIFICACION OFICIAL

Consta que he comprobado la identidad del solicitante, y que la firma o impresión digital que antecede puesta en mi presencia al mismo.

LUGAR Y FECHA:.....de.....de 200.....