



RESISTENCIA,

Señor  
Director de Personal

.....

Su Despacho \_\_\_\_\_ /

Me dirijo a ud., a efectos de informar la designación y/o modificación de los beneficiarios para los Seguros de Vida que en la actualidad se deducen mensualmente de mis haberes: **Obligatorio, Colectivo, Adicional y Familiar.** (Tachar lo que no corresponde).

**APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO:** .....

.....Empleado Nº :.....D.N.I. Nº .....Fecha de

Nacimiento: Día ..... Mes ..... Año ..... Domicilio: .....

Telefono:.....Fijo:.....

**BENEFICIARIO/S**

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	<b>MATRICULA DE IDENTIDAD</b>	<b>VINCULO</b>	<b>DOMICILIO</b>

(Rellenar a maquina o con letra de imprenta)

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma o Impresión Dígito Pulgar del Asegurado

**CERTIFICO que el firmante integra la dotación de esta Unidad Policial**

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y Sello del Responsable

**Comprobante para el empleado Nº .....sobre designación y/o modificación de los beneficiarios para los seguros de vida.**

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y Sello del Director