

BOLETA DE BENEFICIARIOS

Regimen de Mutualidad CFIA



1. Datos del miembro

Cédula:	<input type="text"/>	Carné:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>						
Primer Apellido:	<input type="text"/>	Segundo Apellido:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>						
Teléfono Oficina:	<input type="text"/>	Ext.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	Teléfono Habitación:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>	Beeper:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>					Fecha de Incorporación:	<input type="text"/>				
Dirección:	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>										

2. Datos del (los) beneficiario (s)

Si a la fecha de mi muerte hubiese fallecido el primer beneficiario descrito, ésta le corresponde al segundo beneficiario y así sucesivamente.

Nombre completo:	N° de Cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% a otorgar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si a la fecha de la Mutualidad hubiese fallecido el primer beneficiario arriba descrito, ésta le corresponderá al segundo beneficiario y así sucesivamente, salvo lo que a continuación consigno:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

3. Datos del albacea

En caso que alguno de los beneficiarios sea menor de edad, designo como albacea a:

Nombre completo:	N° de Cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de renuncia o fallecimiento del albacea, designo como tal a:

Nombre completo:	N° de Cédula	Parentesco	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En fe de lo expuesto y con la firma de este documento, se anula cualquier otro con fecha anterior:

Dado en _____ a las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del año _____.

Firma: _____

Asimismo, hago constar que no dispondré de este beneficio en ningún testamento y en caso de hacerlo, dicha disposición no tendrá validez alguna y el Régimen deberá sujetarse a lo aquí establecido. Me reservo el derecho de cambiar los beneficiarios aquí indicados, lo cual indispensablemente lo deberé realizar por escrito y directamente ante el Régimen de Mutualidad

Espacio para uso del Régimen de Mutualidad del C.F.I.A.

Aprobado en sesión N° _____ Acuerdo N° _____ de fecha _____