



DESIGNACION O CAMBIO DE BENEFICIARIOS

NOMBRE y APELLIDO	C. I.	%	P ó C *	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

* Principal o Contingente

Declaración de parentesco si corresponde: _____

Si, en el momento de mi fallecimiento alguno /s de los beneficiarios fueran menores de edad, nombro como administrador exclusivo del beneficio establecido en su favor en esta póliza, y hasta la fecha en que hayan cumplido su mayoría de edad (Art. 268 Código Civil) a:

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:

C.I.:

En caso de no poder o no querer aceptar el encargo designo como administrador a :

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento:

C.I.:

Expreso mi voluntad en el sentido de que el usufructo del beneficio establecido en la presente póliza corresponderá exclusivamente al menor beneficiario (art. 266, Nral 4 del Código Civil), ratificando con mi firma mi voluntad en tal sentido.

FIRMA Y ACLARACION DE FIRMA DEL ASEGURADO

C.I.: _____

POLIZA N°: _____

FIRMA Y ACLARACION DE FIRMA DEL CONTRATANTE

Actualice sus datos:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

e-mail:

ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO CON FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL ASEGURADO EN 18 DE JULIO 1738 – Montevideo.

MetLife Seguros S.A.

Av. 18 de Julio 1738 – CP 11200 Montevideo – Uruguay

Teléfono Atención al Cliente: Tel.: 0-800-2700 / 2403-3939 / Fax: 2403-3938

Web: www.metlife.com.uy / **E-mail Atención al Cliente:** atencion.clientes@metlife.com.uy

VMFRCB002/1 UY ED 08/14