

## DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

<b>PÓLIZAS COLECTIVAS</b>		<b>TOMADOR DEL SEGURO</b>
<b>PÓLIZA:</b>	TIERRA  VUELO	IBERIA L.A.E. SA OPERADORA, S.U.

<b>Nº DE NÓMINA:</b>	
----------------------	--

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b> _____ <b>DOMICILIO:</b> _____ <b>CÓD. POSTAL Y LOCALIDAD:</b> _____ <div style="text-align: right;"><b>TELÉFONO:</b> _____</div>

Muy Sres. míos:

Como empleado en la empresa arriba indicada, y de acuerdo con las condiciones generales y particulares de la póliza colectiva, les comunico mi deseo de declarar los beneficiarios correspondientes, debiendo quedar este apartado de la siguiente forma:

*( Marcar una sola opción ) ( Solo se consideran "cónyuges" las personas casadas oficialmente )*

<input type="checkbox"/> 2.- El cónyuge y en su defecto los hijos del asegurado.	<input type="checkbox"/> 3.- Los hijos del asegurado	
<input type="checkbox"/> 4.- El cónyuge e hijos del asegurado	<input type="checkbox"/> 6.- Los padres del asegurado.	
<input type="checkbox"/> 7.- El cónyuge del asegurado	<input type="checkbox"/> 9.- El cónyuge, en su defecto los hijos, en su defecto los padres y en su defecto los herederos legales.	
<input type="checkbox"/> LITERAL: Es mi deseo que la indemnización por fallecimiento se asigne a los siguiente beneficiarios:		
Nombre y apellidos _____	DNI _____	El _____ %
Nombre y apellidos _____	DNI _____	El _____ %
Nombre y apellidos _____	DNI _____	El _____ %
Nombre y apellidos _____	DNI _____	El _____ %

ACEPTO que de las indemnizaciones que pudiese causar se detraiga previamente cualquier cantidad en que resulte deudor/a de mi Empresa.

Para la validez de este documento será imprescindible la firma del Asegurado y fotocopia del DNI.

Esta declaración anula a las que haya podido firmar con fecha anterior.

Solicito acuse de Recibo a mi domicilio      SI    /    NO

FIRMA DEL ASEGURADO

ENVIAR ORIGINAL CON FOTOCOPIA DEL DNI A :

**MAPFRE VIDA / Dptº Gestión Colectivos**  
**Carretera de Pozuelo, nº 50**  
**28222 - MAJADAHONDA - Madrid**

D.N.I. \_\_\_\_\_ . En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_