

FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Fecha: _____

Beneficio: COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR FALLECIMIENTO.

Suma asegurada: \$100,000.00 MXN (Cien mil pesos 00/100 M.N.)

Yo Dr. (a). _____ Socio

Activo Número: _____, **Especialidad:** _____

por mi propio derecho y en pleno uso de mis facultades mentales expreso mi libre y propia voluntad, autorizar a la SMHAMX AC en caso de mi fallecimiento, se entreguen los porcentajes correspondientes a los beneficiarios que designo a continuación, manifestando que estos son mayores de edad.

BENEFICIARIO (S):

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE

Declaro, que la información proporcionada de mi puño y letra es verídica y se encuentra debidamente actualizada a la fecha de suscripción del presente; misma que se respalda con Copia de Identificación Oficial (INE) y la comparecencia y firma de un testigo que se señalan a continuación:

TESTIGO

Nombre: _____

Parentesco: _____

Firma: _____

USO EXCLUSIVO DE LA SOCIEDAD MÉDICA

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____

Observaciones: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO ACTIVO:
