

DECLARACION DE BENEFICIARIOS
SEGURO DE VIDA
CIRCULO DE OFICIALES DE CABALLERIA

Yo,.....conforme a lo estipulado en el Reglamento de Seguro de Vida del Círculo de Oficiales de Caballería, para el pago de la prestación de dicho Seguro que cancela el COC. Declaro en forma expresa y voluntaria como Beneficiario a :

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	C. I.	%	EDAD	PARENTESCO	TELEFONO

Lugar y Fecha...../...../...../.....

.....
Firma Socio
Círculo de Oficiales de Caballería

.....
Firma Presidente
Círculo de Oficiales de Caballería