



# HAMBURGO

COMPAÑIA DE SEGUROS SA  
Independencia N° 56  
G4200ANB Santiago del Estero  
Tel. (0385) 422-0100 - 0800-888-8688  
Email: ventas@hamburgoseguros.com.ar

Seguro Colectivo de Sepelio

## DECLARACION / CAMBIO DE BENEFICIARIOS

POLIZA: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO N° \_\_\_\_\_

En mi carácter de asegurado titular de la póliza de referencia, designo a partir de la fecha consignada al pie, beneficiarios de la suma asegurada en concepto de reintegro previsto para el caso que no se utilice los servicios del presente seguro y/o el subsidio por fallecimiento, en forma proporcional a las personas que se enumeran a continuación:

	Apellido y Nombre	Documento		Domicilio	Parentesco
		Tipo	N°		
1					
2					
3					
4					
5					

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Aclaración; \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ (Adjuntar Fotocopia)

\_\_\_\_\_ por Hamburgo Cia. de Seguros SA