



Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados FONDO DE SOCORRO POR MUERTE

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA ASOCIADOS/AS ACTIVOS/AS

Yo cédula de identidad número

En mi condición de Asociado (a) de la Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados AFUP, a continuación hago designación expresa de los (as) beneficiarios (as) para que retiren el monto correspondiente al Subsidio del Fondo de Socorro por Muerte. Revoco de pleno cualquier designación de beneficiarios que hubiese suscrito anteriormente.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha:

Firma del Asociado:
(Igual a la cédula)