



**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA DERECHOS POST-MORTEM**

NOMBRE Y APELLIDO	%	PARENTESCO	DOMICILIO

OBSERVACIONES:

- 
- Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a la Junta Administradora del Plan de Prestaciones para que los pueda corroborar en la forma que considere conveniente, así mismo me comprometo a notificar cualquier cambio y/o modificación.
  - Este consentimiento y designación de beneficiarios surtirá efectos a partir de la fecha de entrega al Plan de Prestaciones y dejará sin efecto a los que se haya firmado y entregado anteriormente.
  - En caso de que se desee nombrar como beneficiario a menores de edad, deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre lo correspondiente.

Lugar y fecha:

F) \_\_\_\_\_  
AFILIADO

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, como NOTARIO (A) DOY FE: que la firma que antecede es auténtica por haber sido puesta el día de hoy en mi presencia por el Señor (a)

y calza la designación de beneficiarios para derechos post-mortem al Plan de Prestaciones para el personal del Intecap. El (a) signatario (a) firma la presente Acta de Legalización y el (a) Notario (a) que autoriza.

f) \_\_\_\_\_  
Afiliado

f) \_\_\_\_\_