

**PROGRAMA DE SEGURO DE VIDA PARA JUBILADOS  
TARJETA DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

Nombre Completo del Participante:	Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)	No. de Empleado:

Dirección del Participante:	Ciudad:	País:	Código Postal:

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

***BENEFICIARIO (S) PRIMARIO (S)***


***BENEFICIARIO (S) SECUNDARIO (S)***


**Nota:** La certificación debe estar firmada por cualquiera de los siguientes si él / ella no es un pariente cercano del destinatario: magistrado, notario público o abogado; en las Representaciones por el Representante o por el Especialista de Planificación y Administración de Recursos; y en la Sede por un Pension Partner de la Secretaría de los Planes de Pensiones.

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20 _____  Firma: _____	<b>Firma de Testigos :</b>	
	_____ Nombre y Apellido	_____ Dirección
	_____ Nombre y Apellido	_____ Dirección



**RETIREE LIFE INSURANCE PROGRAM  
DESIGNATION OF BENEFICIARY CARD**

Full Name of Participant:	Birthdate: (MM/DD/YYYY)	Employee No.:

Participant's Address:	City:	Country:	ZIP Code:

**DESIGNATION OF BENEFICIARIES**

**PRIMARY BENEFICIARY (IES)**


**SECONDARY BENEFICIARY (IES)**


**Note:** The attestation must be signed by any of the following if he/she is not a close relative of the recipient: magistrate, public notary or lawyer; in the Country Offices by the Representative or by the Resource Planning and Administrative Specialist; and in Headquarters by a Pension Partner of the Retirement Plans Secretariat.

Dated at _____ on _____ of _____	<b>Witnesses' Signature :</b>	
	_____	_____
Signature: _____	Name and Last Name	Address
	_____	_____
	Name and Last Name	Address