

	INSTITUTO NACIONAL DE BIENESTAR MAGISTERIAL <i>"Comprometidos con el Sector Magisterial"</i>	Código:	DPE-FO-01.01
		Versión:	01
	AUTORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS AL SEGURO FUNERARIO	Fecha:	Ene. 2019
		Página:	1 de 2

Fecha

I. DATOS DEL DOCENTE DECLARANTE

Nombres y Apellidos:			
Número de cédula:		Estado Civil:	
Dirección:			
Estatus del Docente:	Activo: <input type="checkbox"/>	Pensionado: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>
Escuela donde labora o laboró:			
Decreto por el cual se le otorgó Jubilación o Pensión:			

II. AUTORIZACIÓN DE INCLUSIÓN

Quien suscribe, por medio de este documento, **AUTORIZO** al Instituto Nacional de Bienestar Magisterial (INABIMA) a incluir a la (s) persona (s) indicada (s) más adelante, para que reciban en calidad de beneficiario(s) el pago del beneficio del Seguro Funerario del INABIMA:

No	Nombre/Apellido	Cédula	Parentesco	Porcentaje Distribución del Beneficio	Teléfono/Celular
1					
2					
3					
4					
5					

En caso de que el suscribiente tenga dificultades para firmar, en la sección de firma que se encuentra más abajo, el afiliado deberá estampar sus huellas dactilares y deberá completar el cuadro siguiente con la identificación de dos testigos que no tengan ningún vínculo de consanguinidad y/o afinidad con el afiliado. En este caso a este formulario se le deberán adjuntar copia de las cédulas de identidad y electoral de los testigos firmantes.

LLENAR SOLO EN CASO DE FIRMAR CON HUELLAS DACTILARES

Testigos	Nombre/Apellido	Cédula	Teléfono/Celular	Firma
1				
2				

	INSTITUTO NACIONAL DE BIENESTAR MAGISTERIAL <i>"Comprometidos con el Sector Magisterial"</i>	Código:	DPE-FO-01.01
		Versión:	01
	AUTORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS AL SEGURO FUNERARIO	Fecha:	Ene. 2019
		Página:	2 de 2

El suscribiente DECLARA y da fe que las informaciones suministradas anteriormente han sido una decisión realizada bajo su plena voluntad y consentimiento, en señal de lo cual ha suscrito este documento y descarga al INABIMA de cualquier responsabilidad que pueda deducirse en caso de que los beneficiarios señalados no sean sus familiares directos (hijos, cónyuge, compañera de vida, madre, padre).

Firma del Afiliado

Nota 1: En caso de sustitución del beneficiario autorizado mediante este documento, deberá realizar una nueva autorización, la cual dejará sin efecto un valor jurídico alguno la presente designación.

Nota 2: Anexo a este formulario el afiliado deberá presentar copia de su cédula de identidad y electoral.

Nota 3: Si el afiliado ha designado uno o varios beneficiarios menores de edad, deberá anexar a este formulario el (las) acta(s) de nacimiento original(es) y legalizada(s) del(os) menor(es) de edad.