

Resistencia.....de.....de.....

A LA GERENCIA DE
SEGUROS – In.S.S.Se.P
S _____ / _____ D

Ref: Ae-A/S N°

El / La certifica

que la Designación de Beneficiarios que se adjunta, corresponde a la **última designación**
realizada por el agente..... en fecha/...../.....