DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre completo. _____ N° Colegiado_____

Tipo de identificación: ☐ Cédula Nacional ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso

N° de identidad: _____ Nacionalidad _____

Fecha Nacimiento: _____ Teléfonos _____

Correo electrónico_____

Provincia_____ Cantón_____ Distrito_____

Dirección Exacta:

_____

Por medio de la presente dejo establecido los beneficiarios que recibirá la suma correspondiente al Fondo de Solidaridad, según el artículo N° 25 del Reglamento Interno del Fondo de Solidaridad del Colegio de Médicos Veterinarios.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la suma del beneficio. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral.

Primer Beneficiario

Nombre completo. _____

Tipo de identificación: ☐ Cédula Nacional ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso Laboral

N° de Identidad: _____ Nacionalidad _____Parentesco _____

Porcentaje _____ Teléfono _____Correo electrónico: _____

Provincia_____ Cantón_____ Distrito_____

Dirección Exacta:

_____

Segundo Beneficiario

Nombre completo. _____

Tipo de identificación: ☐ Cédula Nacional ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso Laboral

N° de Identidad: _____ Nacionalidad _____Parentesco _____

Porcentaje _____ Teléfono _____Correo electrónico: _____

Provincia_____ Cantón_____ Distrito_____

Dirección Exacta:

_____

Tercer Beneficiario

Nombre completo. _____

Tipo de identificación: ☐ Cédula Nacional ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso Laboral

N° de Identidad: _____ Nacionalidad _____Parentesco _____

Porcentaje _____ Teléfono _____Correo electrónico: _____

Provincia_____ Cantón_____ Distrito_____

Dirección Exacta:

_____

Nombre y Apellidos del Colegiado (a) _____

Firma y cédula Colegiado (a) _____

Fecha y hora _____

"Es responsabilidad del colegiado el mantener actualizado los datos del beneficiario en caso de que cambien los datos aportados en este documento"