

Debe llenar y firmar esta designación de "BENEFICIARIO" y entregarla en el mismo módulo que recibió su tarjeta o bien entregarlo en:
Av. 20 de Noviembre 707, Col. Centro, C.P. 68000, Oaxaca, Oaxaca.

DESIGNACIÓN DE "BENEFICIARIOS"

Nombre Completo del Titular: _____

Fecha de Nacimiento: _____

No. de Tarjeta : _____

"BENEFICIARIO" _____

Parentesco: _____ Porcentaje: _____ %

"BENEFICIARIO" _____

Parentesco: _____ Porcentaje: _____ %

"BENEFICIARIO" _____

Parentesco: _____ Porcentaje: _____ %

Nombre Completo del Padre o Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

"BENEFICIARIO" _____

Parentesco: _____ Porcentaje: _____ %

"BENEFICIARIO" _____

Parentesco: _____ Porcentaje: _____ %

Acepto los términos y condiciones de la Póliza.
Firma del Titular

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo en los casos de excepción previstos en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá, no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por las causas y en los términos a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.