

Hoja de Designación de Beneficiario  
**SISTEMA DE PROTECCIÓN MUTUA**  
Asociación Profesional de Contadores, Inc.

Asociación Profesional de Contadores, Inc.  
Po Box 9300084  
San Juan PR 00928-5484

Señores:

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el miembro bonafide #\_\_\_\_\_ de la ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE CONTADORES, INC., mediante este documento designo a \_\_\_\_\_ con la siguiente dirección \_\_\_\_\_ y número de seguro social \_\_\_\_\_ para recibir la ayuda económica al beneficiario en caso de mi fallecimiento, que por reglamento, provee esta organización.

**El socio que no designe un beneficiario se entenderá que está renunciando a esta ayuda económica.**

Requisitos para tener derecho a esta ayuda.

- a- El socio tiene que haber estado al día con sus cuotas al momento de fallecer.
- b- El beneficiario deberá notificar mediante certificado de defunción del socio.
- c- El beneficiario presentará su identificación y el documento que le designe como beneficiario.
- d- Este beneficiario podrá ser cambiado por el socio en cualquier momento mediante la complementación y firma de otro formulario de enmienda de Beneficiario provisto por la Asociación.

Para que así conste firmo este documento, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ en \_\_\_\_\_, PR.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Socio

\_\_\_\_\_  
Testigo de Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma