

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIA DEC. NRO. 1567/74			Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.		
COMPANÍA ASEGURADORA:					
Nombre y Apellido:					
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)	
Expedido por:					
FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo	
Domicilio Particular					
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp
Localidad:			Provincia:		
Empleador					
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp
Localidad:			Provincia:		
BENEFICIARIOS					
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio	Documento	%
<p>Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)</p>					
Lugar y Fecha			Firma del Asegurado (o impresión digital)		

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

TALON PARA EL EMPLEADOR

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIA DEC. NRO. 1567/74			Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.		
COMPANÍA ASEGURADORA:					
Nombre y Apellido:					
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)	
Expedido por:					
FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo	
Domicilio Particular					
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp
Localidad:			Provincia:		
Empleador					
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp
Localidad:			Provincia:		
BENEFICIARIOS					
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio	Documento	%
<p>Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)</p>					
Lugar y Fecha			Firma del Asegurado (o impresión digital)		

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIA DEC. NRO. 1567/74			Nro. de Legajo, registro, ficha, etc.			
COMPAÑIA ASEGURADORA:						
Nombre y Apellido:						
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
Expedido por:						
FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo		
Domicilio Particular						
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp	
Localidad:			Provincia:			
Empleador						
Calle:			Nro.:	Piso:	Dto.: Cp	
Localidad:			Provincia:			
BENEFICIARIOS						
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento	%
<p>Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.)</p>						
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado (o impresión digital)		

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

TALON PARA EL ASEGURADO