

Formulario de Designación de Beneficiarios

Seguro colectivo de Vida Obligatorio Dec.1567/74

Compañía Aseguradora

Legajo N°

Nombre y Apellido

Tipo y Número de Documento

Expedido por

C.U.I.L

Fecha de Nacimiento

Capital Asegurado

Fecha de Ingreso al empleo

Domicilio Particular

Calle

Número

Piso

Depto

Cod. Postal

Localidad

Provincia

Datos del empleador

Calle

Número

Piso

Depto

Cod. Postal

Localidad

Provincia

Beneficiarios

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Nombre y Apellido

Parentesco

Documento

Domicilio

Porcentaje

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)

Lugar y Fecha

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

Firma (ó impresión digital)

Talón para el asegurado