



## Vida

## Formulario de designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74				
Compañía aseguradora				
<b>Datos del asegurado</b>				
Apellido y Nombre				
Documento Tipo y N°		Expedido por		
C.U.I.L. o N° de Libreta de Ahorro		N° Legajo / Registro / Ficha /etc.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)				
Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)				
Capital asegurado				
<b>Datos del empleador</b>				
Empleador		C.U.I.T.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
<b>Datos de beneficiario/s</b>				
Apellido y Nombre	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

Original para el EMPLEADOR

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

Lugar y fecha
---------------

Firma y aclaración 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.



## Vida

## Formulario de designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74				
Compañía aseguradora				
<b>Datos del asegurado</b>				
Apellido y Nombre				
Documento Tipo y N°		Expedido por		
C.U.I.L. o N° de Libreta de Ahorro		N° Legajo / Registro / Ficha /etc.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)				
Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)				
Capital asegurado				
<b>Datos del empleador</b>				
Empleador		C.U.I.T.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
<b>Datos de beneficiario/s</b>				
Apellido y Nombre	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

Duplicado para el EMPLEADOR

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

Lugar y fecha
---------------

Firma y aclaración 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 designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74				
Compañía aseguradora				
<b>Datos del asegurado</b>				
Apellido y Nombre				
Documento Tipo y N°		Expedido por		
C.U.I.L. o N° de Libreta de Ahorro		N° Legajo / Registro / Ficha /etc.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)				
Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)				
Capital asegurado				
<b>Datos del empleador</b>				
Empleador		C.U.I.T.		
Calle	N°	Piso	Departamento	
Localidad				
Provincia				CPA
<b>Datos de beneficiario/s</b>				
Apellido y Nombre	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

Triplicado para el EMPLEADO ASEGURADO

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

Lugar y fecha
---------------

Firma y aclaración 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.