

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74				NUMERO DE LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC.		
COMPAÑÍA ASEGURADORA:.....						
APELLIDO Y NOMBRES:.....						
DOCUMENTO: TIPO: NUMERO:				C.U.I.L. (o NUMERO DE LIBRETA DE AHORRO)		
EXPEDIDO POR:						
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO	
DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES
DOMICILIO PARTICULAR: CALLE:.....Nro.....Piso.....Dpto.....Código Postal..... Localidad:.....Provincia:.....						
EMPLEADOR: CALLE:.....Nro.....Piso.....Dpto.....Código Postal..... Localidad:.....Provincia:.....						
BENEFICIARIOS						
APELLIDO Y NOMBRES		PARENTESCO	DOMICILIO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
TODO EL PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO DESIGNAR BENEFICIARIO (EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA Y REEMPLAZA A CUALQUIER OTRO EMITIDO CON ANTERIORIDAD)						

Lugar y Fecha:.....

Firma del Asegurado (o impresión digital)

LA PRESENTE CONSTANCIA DEBERA SER REMITIDA POR EL **EMPLEADOR** A LA **ASEGURADORA** EN CASO DE RECLAMO DEL PAGO DEL BENEFICIO