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 CAPIT			GURADO)	Fecha de ingreso al empleo						
Domicilio Particular											
Calle:				Piso:	Piso:		:	Ср			
Localidad:	 ocalidad:			ia:							
Emploador											
Empleador Calle:				Piso:		Dto.:		Ср			
Localidad:			Provincia:			<u> </u>		1 -			
BENEFICIARIOS	1										
Nombre y Apellido	Parentesco		Domicilio		Docume		ento	%			
						\perp					
Todo el personal asegurado tiene dereccualquier otro emitido con anterioridad.)	cho a desig	nar ben	eficiario	s (El	presente	certif	icado anul	la y reem	plaza		
Lugar y Fecha			Firn	na de	l Asegurad	do (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.							
COMPAÑIA ASEGURADORA:											
Nombre y Apellido:				10.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
Documento: Tipo: Nro.:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)							
Expedido por:					ı						
FECHA DE NACIMIENTO CAPIT			GURADO	Fecha de ingreso al empleo							
Domicilio Particular											
Calle:	Nro.:		Piso:	Dto.		Ср					
Localidad:			Provinc	Provincia:							
Emploador											
Empleador Calle:	Nro.:	Piso:			Dto.:		Ср				
Localidad:			Provincia:					-			
BENEFICIARIOS	<u> </u>		1						1		
Nombre y Apellido Parent		esco [Domicilio		Docum		ento	%		
						\perp					
	 										
						\perp					
Todo el personal asegurado tiene dere cualquier otro emitido con anterioridad.)		nar ben	eficiarios	s (El	presente (certific	ado anula	a y reem	plaza		
Lugar y Fecha			Firn	na del	Asegurad	o (o in	npresión d	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 CAPIT			GURADO	Fecha de ingreso al empleo							
Domicilio Particular											
Calle:	Nro.:	I	Piso:		Dto.:		Ср				
Localidad:				a:		<u>I</u>					
Floader											
Empleador Calle:	Nro.:		Piso:	iso:		.:	Ср				
Localidad:			Provincia:					'			
BENEFICIARIOS											
Nombre y Apellido	Parente	Parentesco		Domicilio		Docum		nento	%		
Todo el personal asegurado tiene de cualquier otro emitido con anteriorida		ınar ben	eficiarios	(EI	presente (certi	ficado anu	la y reem	ıplaza		
Lugar y Fecha		Firm	Firma del Asegurado (o impresión digi				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