

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