



## FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nro. 1567/74	Nro Legajo, registro, ficha, etc
COMPANÍA ASEGURADORA:	
Nombre y Apellido:	
Documento:	Tipo: Nro:
Expedido por:	

FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de ingreso al empleo		
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO

### Domicilio Particular

Calle	Nro	Piso	Dpto	CP
Localidad			Provincia	

### Empleador

Calle	Nro	Piso	Dpto	CP
Localidad			Provincia	

### BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Tipo y N° de Doc.	%

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

<b>LUGAR Y FECHA</b>	<b>FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO</b>

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