

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO 1567/74**

COMPAÑÍA ASEGURADORA

CÓDIGO DE COMPAÑÍA

DATOS DEL EMPLEADOR

CUIT/CUIL

RAZÓN SOCIAL

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL

APELLIDO Y NOMBRE

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

FECHA NACIMIENTO

CAPITAL ASEGURADO

FECHA INGRESO AL EMPLEO

BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOMICILIO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

**TODO PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIO.
(El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)**

LUGAR Y FECHA

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

.....
FIRMA ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

.....
ACLARACIÓN ASEGURADO

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO 1567/74**

COMPañÍA ASEGURADORA

CÓDIGO DE COMPañÍA

DATOS DEL EMPLEADOR

CUIT/CUIL

RAZÓN SOCIAL

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL

APELLIDO Y NOMBRE

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

FECHA NACIMIENTO

CAPITAL ASEGURADO

FECHA INGRESO AL EMPLEO

BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOMICILIO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

**TODO PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIO.
(El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)**

LUGAR Y FECHA

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

.....
FIRMA ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

.....
ACLARACIÓN ASEGURADO

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO 1567/74**

COMPañÍA ASEGURADORA

CÓDIGO DE COMPañÍA

DATOS DEL EMPLEADOR

CUIT/CUIL

RAZÓN SOCIAL

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL

APELLIDO Y NOMBRE

CALLE

NÚMERO

PISO

DEPTO.

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

FECHA NACIMIENTO

CAPITAL ASEGURADO

FECHA INGRESO AL EMPLEO

BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOMICILIO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

**TODO PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIO.
(El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)**

LUGAR Y FECHA

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

.....
FIRMA ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

.....
ACLARACIÓN ASEGURADO