

## Formulario de designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74

Compañía aseguradora

### Datos del asegurado

Apellidos y nombres	
C.U.I.L.	N° Legajo / Registro / Ficha /etc.
Domicilio	
Localidad	CPA
Provincia	
Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)	
Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)	
Capital asegurado 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por el Anexo Pto. 23,6 Inc. C) Res. SSN 3878/2014	

### Datos del empleador

Empleador	C.U.I.T.		
Calle	N°	Piso	Departamento
Localidad			
Provincia			CPA

### Datos del beneficiario/s

Apellidos y nombres	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

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

Lugar y fecha

Firma y aclaración 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 designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74

Compañía aseguradora

### Datos del asegurado

Apellidos y nombres

C.U.I.L.

N° Legajo / Registro / Ficha /etc.

Domicilio

Localidad

CPA

Provincia

Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)

Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)

Capital asegurado 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por el Anexo Pto. 23,6 Inc. C) Res. SSN 3878/2014

### Datos del empleador

Empleador

C.U.I.T.

Calle

N°

Piso

Departamento

Localidad

Provincia

CPA

### Datos del beneficiario/s

Apellidos y nombres

Parentesco

Domicilio

Documento Tipo y N°

%

Apellidos y nombres	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

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

Lugar y fecha

Firma y aclaración 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 designación de beneficiarios

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N°1567/74

Compañía aseguradora

### Datos del asegurado

Apellidos y nombres

C.U.I.L.

N° Legajo / Registro / Ficha /etc.

Domicilio

Localidad

CPA

Provincia

Fecha de Nacimiento (indicar Día / Mes / Año)

Fecha de Ingreso al empleo (indicar Día / Mes / Año)

Capital asegurado 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por el Anexo Pto. 23,6 Inc. C) Res. SSN 3878/2014

### Datos del empleador

Empleador

C.U.I.T.

Calle

N°

Piso

Departamento

Localidad

Provincia

CPA

### Datos del beneficiario/s

Apellidos y nombres

Parentesco

Domicilio

Documento Tipo y N°

%

Apellidos y nombres	Parentesco	Domicilio	Documento Tipo y N°	%

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

Lugar y fecha

Firma y aclaración 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.