

FORMULARIO DESIGNACION DE BENEFICIARIOS



SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO 1567/74						
COMPAÑÍA ASEGURADORA					CÓDIGO COMPAÑÍA	
EMPLEADOR						
CUIT:						
RAZÓN SOCIAL:						
DOMICILIO:						
EMPLEADO						
CUIL:						
APELLIDO Y NOMBRE:						
DOMICILIO:						
FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO			FECHA INGRESO AL EMPLEO	
DÍA/MES/AÑO	5,5 S.M.V.M (Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 Inc c) Res. SSN 38708/2014				DÍA/MES/AÑO	
BENEFICIARIOS						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOMICILIO	TIPO DOC.	NRO. DOC	%
TODO PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIO. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)						
FIRMA ASEGURADO (O IMPRESIÓN DIGITAL)		ACLARACIÓN ASEGURADO		LUGAR Y FECHA		

La presente constancia deberá ser emitida por el empleador a la Aseguradora al inicio de la relación laboral/contratación del seguro.