

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

COMPAÑÍA ASEGURADORA

PROVINCIA SEGUROS S.A

CÓDIGO DE COMPAÑÍA

499

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

5,5 SMVM (según lo establecido por Anexo Pto. 25.6 Inc. C) Res. SSN 38708/2014

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