

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

ORIGINAL PARA EL EMPLEADOR	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						N° legajo, registro, ficha etc.		
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S.A.				Código Compañía: 0728				
	Nombre y Apellido:								
	Documento: Tipo: Expedido por:				N°:		C.U.I.L.: (o N° de Libreta de Ahorro)		
	Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO			Fecha de ingreso al Empleo		
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
	5.5 S.M.V.M. (SEGÚN LO ESTABLECIDO POR ANEXO 23.6 INC. C) RES. 55N 38708/2014								
	Domicilio Particular: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
	Localidad: Pcia.:								
	Empleador: Domicilio Empleador: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento		%	
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.									
Lugar y Fecha:						Firma del asegurado: (o impresión digital)			

La presente constancia debe ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del Beneficio

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						N° legajo, registro, ficha etc.		
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S.A.				Código Compañía: 0728				
	Nombre y Apellido:								
	Documento: Tipo: Expedido por:				N°:		C.U.I.L.: (o N° de Libreta de Ahorro)		
	Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO			Fecha de ingreso al Empleo		
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
	5.5 S.M.V.M. (SEGÚN LO ESTABLECIDO POR ANEXO 23.6 INC. C) RES. 55N 38708/2014								
	Domicilio Particular: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
	Localidad: Pcia.:								
	Empleador: Domicilio Empleador: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento		%	
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.									
Lugar y Fecha:						Firma del asegurado: (o impresión digital)			

La presente constancia debe ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del Beneficio

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						N° legajo, registro, ficha etc.		
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S.A.				Código Compañía: 0728				
	Nombre y Apellido:								
	Documento: Tipo: Expedido por:				N°:		C.U.I.L.: (o N° de Libreta de Ahorro)		
	Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO			Fecha de ingreso al Empleo		
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
	5.5 S.M.V.M. (SEGÚN LO ESTABLECIDO POR ANEXO 23.6 INC. C) RES. 55N 38708/2014								
	Domicilio Particular: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
	Localidad: Pcia.:								
	Empleador: Domicilio Empleador: Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:								
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento		%	
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.									
Lugar y Fecha:						Firma del asegurado: (o impresión digital)			

La presente constancia debe ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del Beneficio