

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

PROVINCIA Seguros

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74				NUMERO DE LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC.			
COMPAÑÍA ASEGURADORA:.....							
APELLIDO Y NOMBRES:.....							
DOCUMENTO: TIPO: NUMERO:				C.U.I.L. o NUMERO DE LIBRETA DE AHORRO			
EXPEDIDO POR:							
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO
DOMICILIO PARTICULAR:							
CALLE:.....Nro.....Piso.....Dpto.....Código Postal.....							
Localidad:.....Provincia:.....							
EMPLEADOR:.....							
CALLE:.....Nro.....Piso.....Dpto.....Código Postal.....							
Localidad:.....Provincia:.....							
BENEFICIARIOS							
APELLIDO Y NOMBRES		PARENTESCO	DOMICILIO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO		%
TODO EL PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO DESIGNAR BENEFICIARIOS (EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA Y REEMPLAZA A CUALQUIER OTRO EMITIDO CON ANTERIORIDAD)							

Lugar y Fecha:.....

Firma del Asegurado (o impresión digital)

LA PRESENTE CONSTANCIA DEBERA SER REMITIDA POR EL EMPLEADOR A LA ASEGURADORA EN CASO DE RECLAMO DEL PAGO DEL BENEFICIO