

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

Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)

ORIGINAL

EMPLEADOR

CUIT	<input type="text"/>
Razón Social	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>

EMPLEADO

CUIL	<input type="text"/>
Apellido(s) y nombre(s)	<input type="text"/>
Domicilio particular	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>
Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>

BENEFICIARIO(s)

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

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

Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)

DUPLICADO

EMPLEADOR

CUIT	<input type="text"/>
Razón Social	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>

EMPLEADO

CUIL	<input type="text"/>
Apellido(s) y nombre(s)	<input type="text"/>
Domicilio particular	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>
Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>

BENEFICIARIO(S)

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

El ORIGINAL deberá ser remitido por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)

Comprobante para el Empleado

EMPLEADOR

CUIT

Razón Social

Domicilio

EMPLEADO

CUIL

Apellido(s) y nombre(s)

Domicilio particular

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)

BENEFICIARIO(s)

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%

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

Lugar y fecha

Firma del Empleador

Comprobante para el Empleado