



FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS S.A. Código compañía: 0501

Empleador

CUIT N°: Razón social:
Domicilio (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:

Empleado

CUIL N°: Apellido y Nombres:
Domicilio particular (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:
Fecha de nacimiento: / / Fecha de ingreso al empleo: / /
Capital asegurado: 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por Anexo Pto. 23,6 inc c) Res. SSN 38708/2014

Designación de Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Domicilio	%

"Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)



FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS S.A. Código compañía: 0501

Empleador

CUIT N°: Razón social:
Domicilio (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:

Empleado

CUIL N°: Apellido y Nombres:
Domicilio particular (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:
Fecha de nacimiento: / / Fecha de ingreso al empleo: / /
Capital asegurado: 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por Anexo Pto. 23,6 inc c) Res. SSN 38708/2014

Designación de Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Domicilio	%

"Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)



FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS S.A. Código compañía: 0501

Empleador

CUIT N°: Razón social:
Domicilio (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:

Empleado

CUIL N°: Apellido y Nombres:
Domicilio particular (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
Localidad: Provincia:
Fecha de nacimiento: / / Fecha de ingreso al empleo: / /
Capital asegurado: 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por Anexo Pto. 23,6 inc c) Res. SSN 38708/2014

Designación de Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Domicilio	%

"Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)