

Original Blanco: Caja de Seguros S.A. Duplicado Rosa: Empleador Triplicado Amarillo: Asegurado
El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Art. 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

CAJA DE SEGUROS S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74
FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS



Legajo N°

Certificado

Empleador

Calle

N°

Piso

Dto.

CP

Localidad

Provincia

Datos del Asegurado

Apellido

Nombre

Fecha de nac.

/

/

Tipo de Doc.

DNI

LC

LE

N°

Expedido por

CUIL

-

Estado Civil

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Domicilio Particular:

Calle

N°

Piso

Dto.

Localidad

Provincia

C.P.

Cód. Área

Tel.

F. de ing. al empleo

Día

Mes

Año

Capital Asegurado

Beneficiarios

Apellido	Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro. de Doc.	%	F. de Nac.

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Tomador