

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

**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".

[Legajo N°]	[Certificado]			
<b>Empleador</b>				
[Calle]	[Nº]	[Piso]	[Dto.]	[CP]
[Localidad]	[Provincia]			
<b>Datos del Asegurado</b>				
[Apellido]	[Nombre]	[Fecha de nac. / /]		
[Tipo de Doc. DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> N° L L L L L L L L] [Expedido por]				
[CUIL L L - L L L L L L L - L] [Estado Civil] Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				
[Domicilio Particular: Calle] [Nº] [Piso] [Dto.]				
[Localidad]	[Provincia]	[C.P.]	[Cód. Área]	[Tel.]
[F. de ing. al empleo]	[Día]	[Mes]	[Año]	[Capital Asegurado]
<b>Beneficiarios</b>				
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]	