

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Accidentes Personales						
COMPANÍA ASEGURADORA: LA TERRITORIAL VIDA Y SALUD COMPANÍA DE SEGUROS S.A.						
Nombre y Apellido:						
Tipo y Nro .Documento:				NroCuit o Cuil:		
Estado Civil:				Ocupación:		
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de ingreso al empleo		
DIA	MES	AÑO	Muerte: \$	DIA	MES	AÑO
			Invalidez: \$			
Domicilio Particular						
Calle.....N°.....Piso.....Dto.....Cp.....						
Localidad.....Pcia.....						
Teléfono/Celular.....Mail.....						
Empleador						
C.U.I.T N°.....Actividad:.....Mail:.....						
Calle.....N°.....Piso.....Dto.....Cp.....Tel/cel.....						
Localidad.....Pcia.....						
BENEFICIARIOS						
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro Documento		%
Lugar y Fecha				Firma del asegurado (o impresión digital)		