

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro 1567/74				Nro de Legajo, registro, ficha, etc.		
COMPANÍA ASEGURADORA: LA TERRITORIAL VIDA Y SALUD COMPANÍA DE SEGUROS S.A.						
Nombre y Apellido:						
Tipo y Nro Documento:				Nro Cuit o Cuil:		
Estado Civil:				Ocupación:		
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo	
DIA	MES	AÑO	Muerte: \$		DIA	MES
			Invalidez: \$			AÑO
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
						%
<p>Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)</p>						
Lugar y Fecha				Firma del asegurado (o impresión digital)		

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