

**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

<b>Seguro de Vida Convenio Mercantil</b>				<b>Nro de Legajo, registro, ficha, etc.</b>		
<b>COMPAÑÍA ASEGURADORA: LA TERRITORIAL VIDA Y SALUD COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.</b>						
<b>Nombre y Apellido:</b>						
<b>Tipo y Nro .Documento:</b>				<b>NroCuit o Cuil:</b>		
<b>Estado Civil:</b>				<b>Ocupación:</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>	<b>Fecha de ingreso al empleo</b>		
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Muerte: \$</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
			<b>Invalidez: \$</b>			
<b>Domicilio Particular</b>						
Calle.....N°.....Piso.....Dto.....Cp.....						
Localidad.....Pcia.....						
Teléfono/Celular.....Mail.....						
<b>Empleador</b> .....						
C.U.I.T N°.....Actividad:.....Mail:.....						
Calle.....N°.....Piso.....Dto.....Cp.....Tel/cel.....						
Localidad.....Pcia.....						
<b>BENEFICIARIOS</b>						
<b>Nombre y Apellido</b>		<b>Parentesco</b>	<b>Domicilio</b>		<b>Tipo y Nro Documento</b>	<b>%</b>
<p>Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)</p>						
<b>Lugar y Fecha</b>				<b>Firma del asegurado (o impresión digital)</b>		

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