

FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO 1567/74

COMPAÑÍA ASEGURADORA		CÓDIGO COMPAÑÍA
EMPLEADOR		
CUIT		
RAZÓN SOCIAL		
DOMICILIO		
EMPLEADO		
CUIL		
APELLIDO Y NOMBRE		
DOMICILIO		
CAPITAL ASEGURADO		
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA INGRESO AL EMPLEO
5,5 S.M.V.M (Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 Inc c) Res. SSN 38708/2014		

BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOMICILIO	TIPO DOC.	NRO. DOC.	%

TODO PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIO
 (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)

.....
 Firma Asegurado (o impresión digital)




.....
 Lugar y fecha

.....
 Aclaración Asegurado

La presente constancia deberá ser emitida por el empleador a la Aseguradora al inicio de la relación laboral/contratación del seguro.



La Meridional Cía. Argentina de Seguros S.A.
 Tte. Gral. Juan D. Perón 646, 4° piso - CABA (C1038AAN)
 Tel +54 (11) 4909 7000

 meridionalseguros.com.ar
 /MeridionalSeguros
 /meridional-seguros

 /MeridionalSeguros
 Meridional Seguros
 /MeridionalSeg