

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)**ORIGINAL****EMPLEADOR**

CUIT	
Razón Social	
Domicilio	

**EMPLEADO**

CUIL	
Apellido(s) y nombre(s)	
Domicilio particular	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)	

**BENEFICIARIO(s)**

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%

Todo el personal asegurado tienen derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

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

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)**DUPLICADO****EMPLEADOR**

CUIT	
Razón Social	
Domicilio	

**EMPLEADO**

CUIL	
Apellido(s) y nombre(s)	
Domicilio particular	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)	

**BENEFICIARIO(s)**

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%

Todo el personal asegurado tienen derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

**El ORIGINAL deberá ser remitido por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.**

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO**

Aseguradora: **BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros** (N° de Inscripción SSN: 555)

**Comprobante para el Empleado**

**EMPLEADOR**

CUIT

Razón Social

Domicilio


**EMPLEADO**

CUIL

Apellido(s) y nombre(s)

Domicilio particular

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Fecha inicio relación laboral (DD/MM/AAAA)


**BENEFICIARIO(s)**

Apellido(s) y nombre(s)	N° documento	Parentesco	Domicilio	%

Todo el personal asegurado tienen derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y fecha

Firma del Empleado

**Comprobante para el Empleado**