FORMULARIO DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Meridional SEGUROS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. NRO 1567/74	
COMPAÑÍA ASEGURADORA	CÓDIGO COMPAÑÍA

EMPLEADOR	
CUIT:	
RAZÓN SOCIAL:	
DOMICILIO:	

EMPLEADO	
CUIL:	
APELLIDO Y NOMBRE:	
DOMICILIO:	

FECHA DE NACIMIENTO	CAPITAL ASEGURADO	FECHA INGRESO AL EMPLEO
DIA/MES/AÑO	5,5 S.M.V.M (Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 Inc c) Res. SSN 38708/2014	DIA/MES/AÑO

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) **ACLARACIÓN ASEGURADO** **LUGAR Y FECHA**

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

Meridional Seguros - Tte. Gral. Perón 646, 4° piso, Buenos Aires, C1038AAN, Argentina

Imprimir