



FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. N° 1567/74				N° de Legajo, Registro, Ficha, etc.				
COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.								
Nombre y Apellido								
Documento			Tipo :		Número :		C.U.I.L (o N° de Libreta de Ahorro)	
Expedido por								
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
Domicilio Particular								
Calle N° Piso Dto. C.P.								
Localidad Pcia.								
Empleador								
Calle N° Piso Dto. C.P.								
Localidad Pcia.								
BENEFICIARIOS								
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento	%	
<p align="center">Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)</p>								
Lugar y Fecha						Firma del asegurado (o impresión digital)		
.....							

Original