



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	%
Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)							
Lugar y Fecha				Firma del asegurado (o impresión digital)			
.....						

Triplicado