

**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74**

E  
M  
P  
L  
E  
A  
D  
O  
R

Póliza N°		Contratante		Legajo N°	
Nombre y Apellido completo del Asegurado					
Nro de Documento		Fecha de ingreso al empleo		Fecha de Nacimiento	
Ocupación		Es zurdo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Beneficiarios					
Nombre y Apellido completo (sin iniciales)			Nro. de Documento	Parentesco	
Si el beneficiario es menor designo a:					

- Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario.
- El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.
- Todas las firmas deben ser originales.

Firma del Solicitante	Sello y firma del contratante	Lugar y fecha
-----------------------	-------------------------------	---------------



**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74**

E  
M  
P  
L  
E  
A  
D  
O  
R

Póliza N°		Contratante		Legajo N°	
Nombre y Apellido completo del Asegurado					
Nro de Documento		Fecha de ingreso al empleo		Fecha de Nacimiento	
Ocupación		Es zurdo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Beneficiarios					
Nombre y Apellido completo (sin iniciales)			Nro. de Documento	Parentesco	
Si el beneficiario es menor designo a:					

- Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario.
- El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.
- Todas las firmas deben ser originales.

Firma del Solicitante	Sello y firma del contratante	Lugar y fecha
-----------------------	-------------------------------	---------------



**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74**

E  
M  
P  
L  
E  
A  
D  
O

Póliza N°		Contratante		Legajo N°	
Nombre y Apellido completo del Asegurado					
Nro de Documento		Fecha de ingreso al empleo		Fecha de Nacimiento	
Ocupación		Es zurdo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Beneficiarios					
Nombre y Apellido completo (sin iniciales)			Nro. de Documento	Parentesco	
Si el beneficiario es menor designo a:					

Firma del Solicitante	Sello y firma del contratante	Lugar y fecha
-----------------------	-------------------------------	---------------

- Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario.
- El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.
- Todas las firmas deben ser originales.