



FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS S.A. Código compañía: 0501

Empleador

CUIT N°: 30546666561 Razón social: UBA FAC. DE CIENCIAS ECONOMICAS
 Domicilio (calle): AV CORDOBA N°: 2122 Piso: 1 Dto: C.P.: 1120
 Localidad: CABA Provincia: BS AS

Empleado

CUIL N°: Apellido y Nombres:
 Domicilio particular (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:
 Localidad: Provincia:
 Fecha de nacimiento: / / Fecha de ingreso al empleo: / /
 Capital asegurado: 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por Anexo Pto. 23,6 inc c) Res. SSN 38708/2014

Designación de Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Domicilio	%

"Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)

F-3950-300.00.21 - MESV - 10.2017 Original Blanco y Duplicado Rosa: para el Tomador - Triplicado Amarillo: para el Asegurado