

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO 1567/74
Declaración de Beneficiarios

Nro. de legajo, registro, ficha, etc.

Compañía Aseguradora: BBVA Consolidar Seguros S.A.

TRABAJADOR

Nombre y apellido:

Fecha de Nacimiento		C.U.I.L. (o Nro. de Libreta de Ahorro)
Capital asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo	D.N.I./L.C./L.E./C.I. n°

Domicilio particular: Calle _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Cód. Postal _____ Localidad: _____ Provincia: _____

EMPLEADOR

Razón Social

Domicilio: Calle _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Cód. Postal _____ Localidad: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS

Nombre y apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad. Declaro conocer y aceptar las condiciones expuestas en los artículos que figuran al dorso del presente formulario.

Lugar y fecha:	Firma del Asegurado (o impresión digital):
----------------	--