

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:** Nación Seguros S.A.**CODIGO COMPAÑÍA:** 515**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**TRABAJADOR:** Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ CUIL N°: \_\_\_\_\_Fecha de ingreso al trabajo: \_\_\_\_\_ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

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

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74.

La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio.

Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado o impresión digital

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

COM-083/4 - 02/2022

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:** Nación Seguros S.A.**CODIGO COMPAÑÍA:** 515**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**TRABAJADOR:** Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ CUIL N°: \_\_\_\_\_Fecha de ingreso al trabajo: \_\_\_\_\_ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

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

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a los beneficiarios en caso de reclamo del pago del beneficio

Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74.

La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio.

Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado o impresión digital

DUPLICADO PARA EL TOMADOR

COM-083/4 - 02/2022

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:** Nación Seguros S.A.**CODIGO COMPAÑÍA:** 515**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**TRABAJADOR:** Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ CUIL N°: \_\_\_\_\_Fecha de ingreso al trabajo: \_\_\_\_\_ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

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

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

La presente constancia deberá ser remitida por el Beneficiario al Asegurador en caso de reclamo del pago del beneficio

Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74.

La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio.

Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado o impresión digital

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO

COM-083/4 - 02/2022