



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.
Decreto 1567/74**

CASA MATRIZ: Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) - LA PLATA - Buenos Aires - Argentina
Teléfono (0221) 429-0200 - Fax: (0221) 429-0229 y Agencias - www.fedpat.com.ar

N° legajo, registro, ficha, etc.

Póliza N° _____

Certificado N° _____

EMPLEADO / ASEGURADO

Nombre y apellido: _____

Documento: DNI CI LC OTROS

N°: _____

CUIL o N° de Libreta de Ahorro: _____

Expedido por: _____

Fecha de nacimiento: _____

CAPITAL ASEGURADO: _____

Fecha de ingreso al Empleo: _____

Domicilio particular: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

EMPLEADOR / TOMADOR

Denominación: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

BENEFICIARIOS

| Nombre y apellido | Edad y parentesco | Domicilio | Documento | % |
|-------------------|-------------------|-----------|-----------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Firma del Asegurado (o impresión digital)

El Asegurado firmó en mi presencia el ___/___/___

Firma Empleador

IMPORTANTE: Las firmas deben ser en original en los tres ejemplares.

La presente constancia debe ser remitida al ASEGURADOR por el EMPLEADOR únicamente en caso de reclamo del pago del beneficio.

Talón para el EMPLEADOR (Original)



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.
Decreto 1567/74**

CASA MATRIZ: Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) - LA PLATA - Buenos Aires - Argentina
Teléfono (0221) 429-0200 - Fax: (0221) 429-0229 y Agencias - www.fedpat.com.ar

N° legajo, registro, ficha, etc.

Póliza N° _____

Certificado N° _____

EMPLEADO / ASEGURADO

Nombre y apellido: _____

Documento: DNI CI LC OTROS N°: _____

CUIL o N° de Libreta de Ahorro: _____

Expedido por: _____

Fecha de nacimiento: _____

CAPITAL ASEGURADO: _____

Fecha de ingreso al Empleo: _____

Domicilio particular: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

EMPLEADOR / TOMADOR

Denominación: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

BENEFICIARIOS

| Nombre y apellido | Edad y parentesco | Domicilio | Documento | % |
|-------------------|-------------------|-----------|-----------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Firma del Asegurado (o impresión digital)

El Asegurado firmó en mi presencia el ___ / ___ / ___

Firma Empleador

Talón para el EMPLEADOR (Duplicado)



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.
Decreto 1567/74**

CASA MATRIZ: Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) - LA PLATA - Buenos Aires - Argentina
Teléfono (0221) 429-0200 - Fax: (0221) 429-0229 y Agencias - www.fedpat.com.ar

N° legajo, registro, ficha, etc.

Póliza N° _____

Certificado N° _____

EMPLEADO / ASEGURADO

Nombre y apellido: _____

Documento: DNI CI LC OTROS

N°: _____

CUIL o N° de Libreta de Ahorro: _____

Expedido por: _____

Fecha de nacimiento: _____

CAPITAL ASEGURADO: _____

Fecha de ingreso al Empleo: _____

Domicilio particular: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

EMPLEADOR / TOMADOR

Denominación: _____

Calle: _____

N° _____

Piso: _____

Dto.: _____

Código Postal (CPA) _____

Localidad: _____

Provincia: _____

BENEFICIARIOS

| Nombre y apellido | Edad y parentesco | Domicilio | Documento | % |
|-------------------|-------------------|-----------|-----------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Firma del Asegurado (o impresión digital)

El Asegurado firmó en mi presencia el ___/___/___

Firma Empleador

Talón para el ASEGURADO (Triplicado)