



**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 -FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

Domicilio (calle): Junin N°: 956 Piso: - Dto: - C.P.: 1113

Localidad: CABA Provincia:

**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)