

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SCVO



Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscip. SSN 880

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Nro. Legajo

COMPAÑÍA ASEGURADORA: EXPERTA SEGUROS S.A.U.

Código compañía 0880

EMPLEADOR

CUIT ▶ _____ Razón Social: ▶ _____

Domicilio ▶ _____ Piso ▶ _____ Dto ▶ _____

EMPLEADO

CUIL ▶ _____ Nombre y Apellido: ▶ _____

Domicilio particular ▶ _____ Piso ▶ _____ Dto ▶ _____

FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO	FECHA DE INGRESO		
Día	Mes	Año	5,5 SMVM (según lo establecido por anexo Pto. 23.6.c) de la Res SSN 38.708/2014	Día	Mes	Año

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

SEÑOR ASEGURADO: Designar tus asegurados en la cobertura que estás contratando es un derecho. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, tenes derecho a efectuar o modificar tu designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

Enviar la documentación a Experta Seguros S. A.U.:

Por correo a: Av. Libertador 6902 (C1429AZQ) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Via mail: siniestrosseguros@experta.com.ar

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Asegurado titular

Experta Seguros S.A.U.

Av. Libertador 6902 | CPA C1429AZQ | Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 0800-7777-278 | e-mail: siniestrosseguros@experta.com.ar | www.experta.com.ar