

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio		Nº de Legajo, Registro, Ficha, Etc.		
Compañía Aseguradora: TRIUNFO COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA				
Nombre y Apellido:				
Documento Tipo y Nº:		Expedido por: C.P.		
Domicilio		Localidad Provincia		
Fecha ingreso		Fecha Nacimiento:	Capital Asegurado: \$ 20.000,00	
EMPLEADOR:				
Domicilio		Localidad Provincia		
BENEFICIARIOS				
Apellidos y Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nº Doc	%
Lugar:		Fecha:		
Firma del Asegurado (o impresión digital)				
La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio				
Todo el personal tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)				

INFORMACION IMPORTANTE:

El presente Formulario se entrega al Contratante de acuerdo al Art. Nº 8 del **REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO**, en el mismo, el Asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241.

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la Caja Provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

El presente Formulario de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.

El presente Formulario deberá ser impreso por Triplicado, el Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el Tomador al empleado asegurado.