

**INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500

www.institutoasegurador.com.ar / info@institutoasegurador.com.ar

SEGUROS COLECTIVOS DE VIDA

Designación válida para todos los seguros de vida obligatorios y/o voluntarios contratados por mi empleador.

TALON PARA EL EMPLEADOR**Datos del Empleador**

Razón Social _____ CUIT : _____
 Domicilio Calle: _____ N°: _____ Piso _____ Dpto _____ CP _____
 Localidad : _____ Provincia : _____
 Teléfonos : _____ Celular : _____ Email : _____

Datos del Empleado

Apellido y Nombre _____ N° CUIL : _____
 Tipo Documento: _____ N°: _____ Expedido por: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Fecha Ingreso al Empleo: _____
 Domicilio Particular Calle: _____ N°: _____ Piso _____ Dpto _____ CP _____
 Localidad : _____ Provincia : _____

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

Apellido y Nombre	Parentesco	Domicilio	Documento	%

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

08/21

ENVIAR EL ORIGINAL A LA ASEGURADORA EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE RECLAMO DE PAGO DEL BENEFICIO**INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500

www.institutoasegurador.com.ar / info@institutoasegurador.com.ar

SEGUROS COLECTIVOS DE VIDA

Designación válida para todos los seguros de vida obligatorios y/o voluntarios contratados por mi empleador.

TALON PARA EL ASEGURADO**Datos del Empleador**

Razón Social _____ CUIT : _____
 Domicilio Calle: _____ N°: _____ Piso _____ Dpto _____ CP _____
 Localidad : _____ Provincia : _____
 Teléfonos : _____ Celular : _____ Email : _____

Datos del Empleado

Apellido y Nombre _____ N° CUIL : _____
 Tipo Documento: _____ N°: _____ Expedido por: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Fecha Ingreso al Empleo: _____
 Domicilio Particular Calle: _____ N°: _____ Piso _____ Dpto _____ CP _____
 Localidad : _____ Provincia : _____

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

Apellido y Nombre	Parentesco	Domicilio	Documento	%

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

08/21

EL ORIGINAL DE ESTA DESIGNACION OBRA EN PODER DEL EMPLEADOR Y DEBE SER ENVADA POR EL MISMO AL ASEGURADOR