

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Válido para efectuar cambio de beneficiarios en pólizas de seguros colectivos (Excepto accidentes personales, seguro de vida ley contrato de trabajo, seguro colectivo de vida obligatorio y seguro colectivo de saldo deudor)

CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. - CUIT 30-68240862-2
Marcelo T. de Alvear 1541 - CP C1060AAC - CABA - Argentina



Contratante				N° de póliza:	
Nombre y apellido / Denominación social:				C.U.I.T.:	
Asegurado					
Nombre y apellido:					
Tipo y n° de documento:			Fecha de nacimiento:		
Beneficiarios					
Nombre y apellido:	Parentesco:	Domicilio:		Tipo y n° de doc.:	Porcentaje:
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. La presente designación anula y reemplaza a cualquier otra formulada con anterioridad.					
Lugar y fecha:	_____, ____/____/____		Firma del asegurado:		
			Aclaración:		
La presente solicitud deberá ser remitida a la Aseguradora a los fines de su notificación y validez.					

Original: CNP Seguros

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Válido para efectuar cambio de beneficiarios en pólizas de seguros colectivos (Excepto accidentes personales, seguro de vida ley contrato de trabajo, seguro colectivo de vida obligatorio y seguro colectivo de saldo deudor)

CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. - CUIT 30-68240862-2

Marcelo T. de Alvear 1541 - CP C1060AAC - CABA - Argentina



Contratante

N° de póliza:

Nombre y apellido /
Denominación social:

C.U.I.T.:

Asegurado

Nombre y apellido:

Tipo y n° de documento:

Fecha de nacimiento:

Beneficiarios

Nombre y apellido:

Parentesco:

Domicilio:

Tipo y n° de doc.:

Porcentaje:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios.
La presente designación anula y reemplaza a cualquier otra formulada con anterioridad.

Lugar y fecha:

_____, ____ / ____ / ____

Firma del asegurado:

Aclaración:

La presente solicitud deberá ser remitida a la Aseguradora a los fines de su notificación y validez.

Duplicado: Tomador

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Válido para efectuar cambio de beneficiarios en pólizas de seguros colectivos (Excepto accidentes personales, seguro de vida ley contrato de trabajo, seguro colectivo de vida obligatorio y seguro colectivo de saldo deudor)

CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. - CUIT 30-68240862-2
Marcelo T. de Alvear 1541 - CP C1060AAC - CABA - Argentina



Contratante			N° de póliza:	
Nombre y apellido / Denominación social:			C.U.I.T.:	
Asegurado				
Nombre y apellido:				
Tipo y n° de documento:		Fecha de nacimiento:		
Beneficiarios				
Nombre y apellido:	Parentesco:	Domicilio:	Tipo y n° de doc.:	Porcentaje:
Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. La presente designación anula y reemplaza a cualquier otra formulada con anterioridad.				
Lugar y fecha:	_____, ____/____/____	Firma del asegurado:		
		Aclaración:		
La presente solicitud deberá ser remitida a la Aseguradora a los fines de su notificación y validez.				

Triplicado: Asegurable