

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	%

**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, tenés 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: [clientes@experta.com.ar](mailto:clientes@experta.com.ar)

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Asegurado titular