

Legajo / Registro / Ficha N°
EMPLEADOR _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

 Fecha de ingreso al empleo: ____/____/____ **Capital asegurado \$** _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS *Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.*

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Lugar y Fecha: _____

 Firma del Asegurado o impresión digital

Legajo / Registro / Ficha N°
EMPLEADOR _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

 Fecha de ingreso al empleo: ____/____/____ **Capital asegurado \$** _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS *Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.*

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Lugar y Fecha: _____

 Firma del Asegurado o impresión digital

Legajo / Registro / Ficha

N°

EMPLEADOR _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

 Fecha de ingreso al empleo: ____/____/____ **Capital asegurado \$** _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS *Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.*

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Lugar y Fecha: _____

 Firma del Asegurado o impresión digital