

TALÓN BLANCO: Aseguradora - Verde: Empleador - Celeste: Empleado
 ENTREGAR A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74

N° Poliza

Compañía Aseguradora:

Nombre y Apellido:

N° Legajo, registro, Ficha, etc.:

Documento: Tipo: N°

C.U.I.L.:

Expedido por:

(o N° Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de ingreso al empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

Domicilio Particular:

Calle: N° Piso: Depto.: Cód. Postal:

Localidad: Provincia:

Empleador:

Domicilio Particular:

Calle: N° Piso: Depto.: Cód. Postal:

Localidad: Provincia:

BENEFICIARIOS:

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

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

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado:
(o impresión digital)

El original será entregado a la Compañía ante caso de siniestro únicamente (Art. 8 - Resolución 30.729)

TODAS LAS FIRMAS DEBEN SER EN ORIGINAL