

■ EMPLEADOR

Nombre:
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:

■ CAPITAL ASEGURADO: \$

■ ASEGURADO

Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Expedido por:
C.U.I.L.:-.....
o Libreta de Ahorro N°:
Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:
Fecha de ingreso al empleo:/...../.....

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

Lugar y Fecha: ,/...../.....

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

■ BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 2) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 3) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 4) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 5) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO
Ó IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR

■ EMPLEADOR

Nombre:
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:

■ CAPITAL ASEGURADO: \$

■ ASEGURADO

Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Expedido por:
C.U.I.L.:-.....
o Libreta de Ahorro N°:
Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:
Fecha de ingreso al empleo:/...../.....

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

Lugar y Fecha: ,/...../.....

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

■ BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 2) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 3) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 4) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 5) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO
Ó IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR

■ EMPLEADOR

Nombre:
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:

■ CAPITAL ASEGURADO: \$

■ ASEGURADO

Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Expedido por:
C.U.I.L.:-.....
o Libreta de Ahorro N°:
Fecha de Nacimiento:/...../.....
Domicilio:
Localidad:
C.P.: Provincia:
Fecha de ingreso al empleo:/...../.....

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

Lugar y Fecha: ,/...../.....

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

■ BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 2) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 3) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 4) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:
- 5) Apellido y Nombres:
Documento: DNI LC LE Nro.
Parentesco: %
Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO
Ó IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR