

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