

COPIA PARA EL EMPLEADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA					Póliza N°:			Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:		
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.										
Nombre y Apellido:										
Documento: Tipo: N°:					C.U.I.L.:					
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de ingreso al empleo				
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
Empleador:										
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
BENEFICIARIOS										
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Documento Tipo / N°		Porcentaje	

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

Lugar y fecha: Firma del Asegurado (o impresión digital):

COPIA PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA					Póliza N°:			Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:		
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.										
Nombre y Apellido:										
Documento: Tipo: N°:					C.U.I.L.:					
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de ingreso al empleo				
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
Empleador:										
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
BENEFICIARIOS										
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Documento Tipo / N°		Porcentaje	

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

Lugar y fecha: Firma del Asegurado (o impresión digital):

COPIA PARA LA ASEGURADORA

SEGURO COLECTIVO DE VIDA					Póliza N°:			Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:		
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.										
Nombre y Apellido:										
Documento: Tipo: N°:					C.U.I.L.:					
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de ingreso al empleo				
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
Empleador:										
Domicilio: Calle			Nro.	Piso	Dpto.	Cod. Postal	Localidad	Provincia		
BENEFICIARIOS										
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Documento Tipo / N°		Porcentaje	

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

Lugar y fecha: Firma del Asegurado (o impresión digital):