

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):

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):

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):