

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):