

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

## 1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido ▶ \_\_\_\_\_ Nombre ▶ \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento ▶ \_\_\_\_\_ CUIL ▶ \_\_\_\_\_

Domicilio particular ▶ \_\_\_\_\_

Piso ▶ \_\_\_\_\_ Dpto ▶ \_\_\_\_\_ CP ▶ \_\_\_\_\_ Localidad ▶ \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento ▶ \_\_\_\_\_ Provincia ▶ \_\_\_\_\_

Teléfono ▶ \_\_\_\_\_ Mail ▶ \_\_\_\_\_

## 2. BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Relación/ Parentesco	Domicilio	Tipo y N° de DNI	%

Todo personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. La presente constancia debe ser remitida a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del Beneficio.

Observaciones ▶ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Asegurado  
(o impresión digital)