



SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO | Decreto 1567/74

Nº de Legajo, registro, ficha, etc.:

Entidad Aseguradora: **SAN CRISTÓBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES**

Nombre y Apellido:

Documento: Tipo: Nº:

C.U.I.L.:

Expendido por:

(ó Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento:

CAPITAL ASEGURADO

Fecha de Ingreso al empleo:

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Domicilio Particular

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Empleador

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Beneficiarios

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digito pulgar):

ORIGINAL PARA EL EMPLEADOR (la presente constancia deberá ser remitida por el empleador a San Cristóbal Seguros Generales en caso de reclamo)



San Cristóbal
Seguros

CASA CENTRAL

Italia 646

ROSARIO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO | Decreto 1567/74

Nº de Legajo, registro, ficha, etc.:

Entidad Aseguradora: **SAN CRISTÓBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES**

Nombre y Apellido:

Documento: Tipo: Nº:

C.U.I.L.:

Expendido por:

(ó Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento:

CAPITAL ASEGURADO

Fecha de Ingreso al empleo:

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Domicilio Particular

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Empleador

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Beneficiarios

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digito pulgar):

DUPLICADO PARA EL EMPLEADOR



SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO | Decreto 1567/74

Nº de Legajo, registro, ficha, etc.:

Entidad Aseguradora: **SAN CRISTÓBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES**

Nombre y Apellido:

Documento: Tipo: Nº:

C.U.I.L.:

Expendido por:

(ó Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento:

CAPITAL ASEGURADO

Fecha de Ingreso al empleo:

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Domicilio Particular

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Empleador

Calle:

Nº:

Piso:

Dto.:

Cod. Postal:

Localidad:

Provincia:

Beneficiarios

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digito pulgar):

TRIPPLICADO PARA EL ASEGURADO