



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

COPIA PARA LA ASEGURADORA	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO. DTO. 1567/74						Nro. legajo, registro, ficha, etc.	
	Compañía Aseguradora: SAN PATRICIO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.							
	Nombre y Apellido:.....							
	Documento: Tipo:..... Nro.:					C.U.I.L.:		
	Expedido por: - -		
	Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo			
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	
	.....	.....	.....	\$ 6.480.-	.....	.....	.....
	Domicilio Particular:.....							
	Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:							
	Localidad: Provincia:							
	Empleador:.....							
	Domicilio Empleador:.....							
	Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:							
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 Empleador			Firma del Asegurado (o impresión digital)		



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

Nro. legajo, registro, ficha, etc.
.....

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO. DTO. 1567/74

Compañía Aseguradora: **SAN PATRICIO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.**

Nombre y Apellido:.....

Documento: Tipo:..... Nro.: C.U.I.L.:
Expedido por:

Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
.....	\$ 6.480.-	.....	.....	.....

Domicilio Particular:.....

Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:

Localidad: Provincia:

Empleador:

Domicilio Empleador:.....

Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:

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 Empleador	Firma del Asegurado (o impresión digital)
----------------	---------------------	--

COPIA PARA EL EMPLEADOR



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

Nro. legajo, registro, ficha, etc.
.....

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO. DTO. 1567/74

Compañía Aseguradora: **SAN PATRICIO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.**

Nombre y Apellido:.....

Documento: Tipo:..... Nro.:

C.U.I.L.:
.....

Expedido por:

Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
.....	\$ 6.480.-	.....	.....	.....

Domicilio Particular:.....

Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:

Localidad: Provincia:

Empleador:

Domicilio Empleador:.....

Calle:..... Nro.: Piso: Dto.: C.P.:

Localidad: Provincia:

BFNFFICIARIOS

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 Empleador

Firma del Asegurado
(o impresión digital)

COPIA PARA EL ASEGURADO