

Seguro Colectivo de Vida CCT Nro 308/75

COMPañÍA ASEGURADORA  
**SOL NACIENTE SEGUROS S.A.**

Nombre y Apellido:

Documento:          Tipo:          Nro:          Expedido por:

Fecha de Nacimiento:          CUIL:

Fecha Ingreso al Empleo:          CAPITAL ASEGURADO:

Domicilio particular:

Calle:          Nro.:          Piso/  
Depto

Localidad:          Provincia:

Empleador:          CUIT:

Calle:          Nro.:          Piso/  
Depto

Localidad:          Provincia:

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Domicilio	Parentesco	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 digital)  
  

---