	San Cristóbal
_	Seguros

CASA CENTRAL

Italia 646 **ROSARIO**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO Decreto 1567/74						Nº de Le	egajo,	registro, ficha, etc.:		
Entida	d Asegurad	ora: SAN CR I	STÓB	BAL SOCIEDAD MUTUAL D	E SEGUROS G	ENERALES				
Nombr	e y Apellid	0:								
Docum	ento: Tipo:		Nº:		C.U.I.L.:					
Expend	dido por:				(ó N° de Libreta de Ahorro)					
Fecha (de Nacimie	nto:	CA	PITAL ASEGURADO	Fecha de	Ingreso al en	nple	o:		
Día	Mes	Año			Día	Mes		Año		
Domici	lio Particul	ar								
Calle:				N°:	Piso:	Dto.:	C	od. Postal:		
Localid	ad:			Provir	ncia:					
Emplea	ador									
Calle:				N°:	Piso:	Dto.:	C	od. Postal:		
Localid	ad:			Provir	ncia:					
Benefic	ciarios									
Nombr	e y Apellido	ס		Parentesco	Domicil	io		Documento	%	
		ado tiene derecho	a desi	ignar Beneficiarios (El presente ce					dad)	
Lugar y Fecha:				Firr	ma del Asegui	rado (o impre	sión	digito pulgar):		

	San Cristóbal
•	Seguros

CASA CENTRAL

Italia 646 ROSARIO

Nº de Legajo, registro, ficha, etc.:

				ATORIO Decret								
Entida	d Asegurad	ora: SAN CF	RISTÓBAL S	OCIEDAD MUTU	AL DE	SEGUROS GE	NERALES					
Nombr	re y Apellido	D:										
Documento: Tipo: N°:						C.U.I.L.:						
Expend	dido por:					(ó N° de Libreta de Ahorro)						
Fecha	de Nacimier	nto:	CAPITA	L ASEGURADO		Fecha de Ingreso al empleo:						
Día	Mes	Año				Día	Mes		Año			
			1		•							
Domic	ilio Particula	ar										
Calle:				N	l°:	Piso:	Dto.:	Cod. Postal:				
Localid	lad:			P	rovinci	a:						
Emplea	ador											
Calle:						Piso: Dto.: Cod. Postal:						
Localid	lad:			P	rovinci	a:						
Benefic	ciarios											
Nombre y Apellido				Parentesco		Domicilio		Documento		%		
Todo el p	ersona l asegura	do tiene derech	ıo a designar E	Beneficiarios (El prese	nte certif	cado anula y rem	plaza a cualquie	er otro e	emitido con anterior	idad)		
Lugar y Fecha:				Firma del Asegurado (o impresión digito pulgar):								



CASA CENTRAL

Italia 646 ROSARIO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO | Decreto 1567/74

Nº de Legajo, registro, ficha, etc.:

Entida	d Asegurad	ora: SAN CF	RISTÓB	AL SOCIEDAD MUTU	JAL DE	SEGUROS GE	NERALES				
	re y Apellido										
	nento: Tipo:		N°:			C.U.I.L.:					
Expendido por:					(ó N° de Libreta de Ahorro)						
Fecha	de Nacimier	nto:	CA	PITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al empleo:						
Día	Mes	Año				Día Mes Año)		
Domic	ilio Particula	ar									
Calle:				<u> </u>	۷°:	Piso:	Dto.:	Cod. Postal:			
Localic	lad:			F	rovino	ia:					
Emple	ador										
Calle:						Piso:	Dto.:	Cod. Postal:			
Localidad:						ia:					
Benefi	ciarios				_						
Nombre y Apellido Par			Parentesco		Domicilio		Documento	%			
		ido tiene derech	io a desi	gnar Beneficiarios (E l prese			·				
Lugar y Fecha:				Firma del Asegurado (o impresión digito pulgar):							