

Plan \_\_\_\_\_

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Blanco | <input type="radio"/> Obligaciones empleador                |
| <input type="radio"/> Azul   | <input type="radio"/> Accidentes Personales                 |
| <input type="radio"/> Plus   | <input type="radio"/> Plan A Medida                         |
| <input type="radio"/> País   | <input type="radio"/> Pampa Ley 16.600, Seguro de Vida      |
| <input type="radio"/> Ciudad | <input type="radio"/> Obligatorio para Trabajadores Rurales |
- CONVENIO 130/75 EMPLEADOS DE COMERCIO

Póliza N° \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Datos del Asegurado \_\_\_\_\_

Razón social del tomador: \_\_\_\_\_ CUIT N°: \_\_\_\_\_

Apellido y nombres del asegurado sin iniciales: \_\_\_\_\_

Asegurado principal  Cónyuge

Puesto / ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: \_\_\_\_\_

Documento tipo y n°: \_\_\_\_\_ CUIL n°: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

teléfonos D.D.N. n°: \_\_\_\_\_

Datos de los Beneficiarios \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Doc. n°: \_\_\_\_\_ % Beneficio: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Doc. n°: \_\_\_\_\_ % Beneficio: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Doc. n°: \_\_\_\_\_ % Beneficio: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Doc. n°: \_\_\_\_\_ % Beneficio: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Doc. n°: \_\_\_\_\_ % Beneficio: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

aclaración \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

firma del Asegurado

aclaración \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

firma y sello por la Empresa