



DATOS DEL ASEGURADO										COMPAÑÍA ASEGURADORA - MERCANTIL ANDINA S.A.																			
APELLIDO Y NOMBRE																													
DOCUMENTO		CI		LC		LE		DNI	N°	EXPEDIDO POR																			
C.U.I.L. (O LIBRETA DE AHORRO)										N° LEGAJOS, REGISTRO, FICHA, ETC.																			
FECHA DE NACIMIENTO								CAP. ASEGURADO				FECHA INGRESO AL EMPLEO																	
DOMICILIO PARTICULAR																													
CALLE					N°					Piso/Dto.					C.P.					LOCALIDAD					PROVINCIA				

DATOS DEL EMPLEADOR																													
NOMBRE / RAZON SOCIAL																													
DOMICILIO DEL EMPLEADOR																													
CALLE					N°					Piso/Dto.					C.P.					LOCALIDAD					PROVINCIA				

BENEFICIARIOS						
APELLIDO Y NOMBRE		PARENTESCO	DOMICILIO		DOCUMENTO	%

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

FECHA (DIA/MES/AÑO)		FIRMA DEL ASEGURADO	
---------------------	--	---------------------	--

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficiario.-