



Mercantil andina S.A.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

Dto. 1567/74

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|----|-----------|------|--|-------------------------|--|--|--|--|
| 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° LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC. | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | | | CAP. ASEGURADO | FECHA INGRESO AL EMPLEO | | | | |
| DOMICILIO PARTICULAR | | | | | | | | | | |
| CALLE | Nº | | Piso/Dto. | C.P. | LOCALIDAD | PROVINCIA | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|--|-----------|------|-----------|-----------|--|--|--|
| DATOS DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| NOMBRE / RAZON SOCIAL | | | | | | | | | |
| DOMICILIO DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | |
| CALLE | Nº | | 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.-