



SEGURO DE VIDA

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../.....
Estado Civil:.....
Nombre y apellido esposa/so:.....
Cantidad de Hijos:.....
Dirección:.....
Localidad:.....
Partido:.....
C.P.Nº:.....
Teléfono Nº:..... Cel
Documento de Identidad: (DNI - L.E. - L.C. - C.I. P.F.) Nº:.....
Empresa:.....
Sector.....
Categoría:.....
Registro Nº:..... Asociado Nº:
Mail:.....
Dirección Empresa.....
Localidad:.....
Teléfono:..... Cel:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../.....
Estado Civil:.....
Dirección:.....
Localidad:.....
Partido:.....
C.P.Nº:.....
Teléfono Nº:.....
Documento de Identidad: (DNI - L.E. - L.C. - C.I. P.F.) Nº

**TODOS LOS DATOS AQUI CONSIGNADOS REVISTEN CARACTER DE
DECLARACION JURADA.**

.....
FIRMA TITULAR

.....
ACLARACION

SECRETARIA DE HACIENDA Y ADMINISTRACION

ASOCIACION DEL PERSONAL SUPERIOR DE EMPRESAS DE ENERGÍA

Personería Gremial Nº 544

San José 225/243 – Te.: 4124-3300 – Fax: 4381-2161 – C1076AAE C.A.Bs.As.