



## 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.