

INFORME DEL CONTRATANTE

Póliza N°:

Vigencia Desde: / /

Certificado N°:

Vigencia Desde: / /

Apellido y Nombres del Asegurado: Edad:
Fecha de su fallecimiento o incapacidad:
Fecha que concurrió por última vez al trabajo:

Empleado desde el: hasta el:

BENEFICIARIO

Apellido y Nombres	Parentesco	Edad

El cheque debe ser extendido a la orden de:

Y enviado a la siguiente dirección:

Certificamos que los datos arriba consignados son exactos.

Lugar y Fecha:

Sello y Firma del Contratante