

Compañía Aseguradora: **GALENO SEGUROS S.A.**

Nro. de Legajo: \_\_\_\_\_

N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Nombre del Tomador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

 ¿Es Titular? Si:  No: 

 ¿Es Cónyuge? Si:  No: 

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

CUIT o CUIL: \_\_\_\_\_ DNI/LC/LE/CI: \_\_\_\_\_ Capital Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso al Empleado: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Original y Duplicado para el Empleador. Triplicado para el Asegurado.