



1821 *Universidad de Buenos Aires*

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

El / La que suscribe..... Legajo N°.....

Documento Tipo.....N°..... C.U.I.L. N° (sólo 2 primeros y último n°)...../.....

Detalle de beneficiarios de Seguro de Vida

1	Nombre y apellido	D.N.I. N°	Fecha de nacimiento	Vínculo
	Domicilio	Localidad	Código postal	Teléfono
	C.U.I.L. N°	Estado civil	Nacionalidad	Discapacidad
2	Nombre y apellido	D.N.I. N°	Fecha de nacimiento	Vínculo
	Domicilio	Localidad	Código postal	Teléfono
	C.U.I.L. N°	Estado civil	Nacionalidad	Discapacidad
3	Nombre y apellido	D.N.I. N°	Fecha de nacimiento	Vínculo
	Domicilio	Localidad	Código postal	Teléfono
	C.U.I.L. N°	Estado civil	Nacionalidad	Discapacidad