

ORIGINAL

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc.					
						Nº POLIZA:					
Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.											
Nombre y Apellido:											
Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
Domicilio Particular (Calle):				Nro.:		Piso:		Dto.:		Código Postal:	
Localidad:						Provincia:					
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO					
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO			
			\$								
Empleador:						C.U.I.T.:					
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:		Dto.:		Código Postal:	
Localidad:						Provincia:					
BENEFICIARIOS											
Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios(El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)											
NOMBRE Y APELLIDO			PARENTESCO			DOMICILIO			DOCUMENTO		%
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:					
La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio											

DUPLICADO

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc.					
						Nº POLIZA:					
Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA											
Nombre y Apellido:											
Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:				C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
Domicilio Particular (Calle):				Nro.:		Piso:		Dto.:		Código Postal:	
Localidad:						Provincia:					
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO					
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO			
			\$								
Empleador:						C.U.I.T.:					
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:		Dto.:		Código Postal:	
Localidad:						Provincia:					
BENEFICIARIOS											
Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios(El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)											
NOMBRE Y APELLIDO			PARENTESCO			DOMICILIO			DOCUMENTO		%
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:					