



**DESIGNACION/MODIFICACION DE BENEFICIARIOS
SEGURO DE PERSONAS**



RAMO	POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI									
CUIT/CUIL NRO.:													

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI									

SOLICITO POR LA PRESENTE QUE A PARTIR DE LA FECHA QUEDEN DESIGNADOS COMO BENEFICIARIOS ÚNICOS Y EXCLUSIVOS DE LA PÓLIZA CITADA EN LA REFERENCIA - QUEDANDO SIN EFECTO TODA OTRA DESIGNACIÓN ANTERIOR QUE PUDIERE EXISTIR - LOS SIGUIENTES:

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE	

MOTIVOS DE MODIFICACION	(Indicar lo que corresponde)												
	<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO ANTERIOR												
	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTADO CIVIL/MODIFICACION GRUPO FAMILIAR/REASIGNACION DE PORCENTAJES												
	<input type="checkbox"/> FALTA DE DESIGNACION PREVIA												
	<input type="checkbox"/> OTROS (ACLARAR):												

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a de Datos Personales: <http://www.ius.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: FIRMA DEL ASEGURADO	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
FECHA:/...../..... ACLARACION DE FIRMA FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR
	 MATRICULA N°: