

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	\$ 12.000			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								

F. 25/77 – 50.000 02/06 (10) CM.OS.

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	\$ 12.000			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								

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.

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				
			\$ 12.000									
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:						

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.

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				
			\$ 12.000									
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:						

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TRIPPLICADO	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	
				\$ 12.000						
	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:					

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TRIPPLICADO	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	
				\$ 12.000						
	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:					

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.