

ORIGINAL

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc.		
						Nº POLIZA:		
Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.</b>								
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: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.</b>								
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

<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>					Nro. de legajo, registro, ficha, etc.					
					N° POLIZA:					
Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA</b>										
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			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>				FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
DIA	MES	AÑO					DIA	MES	AÑO	
			<b>\$ 12.000</b>							
Empleador:							C.U.I.T.:			
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:	
Localidad:					Provincia:					
<b>BENEFICIARIOS</b>										
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

<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>					Nro. de legajo, registro, ficha, etc.					
					N° POLIZA:					
Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA</b>										
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			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>				FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
DIA	MES	AÑO					DIA	MES	AÑO	
			<b>\$ 12.000</b>							
Empleador:							C.U.I.T.:			
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:	
Localidad:					Provincia:					
<b>BENEFICIARIOS</b>										
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: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA</b>							
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	
			<b>\$ 12.000</b>				
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: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA</b>							
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	
			<b>\$ 12.000</b>				
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.