

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	<b>\$ 6.750</b>			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. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.

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	<b>\$ 6.750</b>			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. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.

DUPLICADO

TALON PARA EL EMPLEADOR

<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>						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			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO						
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO				
			\$ 6.750									
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. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.

DUPLICADO

TALON PARA EL EMPLEADOR

<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>						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			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO						
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO				
			\$ 6.750									
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. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.

<b>TRIPPLICADO</b>	<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>					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:				
	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>			<b>FECHA DE INGRESO AL EMPLEO</b>			
	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	
				<b>\$ 6.750</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)									
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>			<b>PARENTESCO</b>		<b>DOMICILIO</b>		<b>DOCUMENTO</b>		<b>%</b>	
Lugar y fecha:					Firma del Asegurado o Impresión Digital:					

F. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.

<b>TRIPPLICADO</b>	<b>FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74</b>					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:				
	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>CAPITAL ASEGURADO</b>			<b>FECHA DE INGRESO AL EMPLEO</b>			
	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	
				<b>\$ 6.750</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)									
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>			<b>PARENTESCO</b>		<b>DOMICILIO</b>		<b>DOCUMENTO</b>		<b>%</b>	
Lugar y fecha:					Firma del Asegurado o Impresión Digital:					

F. 2500/77 – 20.000 02/08 (15) SM.