

TALÓN PARA EL EMPLEADOR

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74

SANCOR SEGUROS

COMPANÍA ASEGURADORA:		SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.							
N° de Legajo, registro, ficha, etc.:					N° de Póliza:				
APELLIDO Y NOMBRES									
DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐		NRO. DE DOCUMENTO				EXPEDIDO POR			
CALLE		NRO.			PISO		DTO.		
CÓD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA			C.U.I.L. (o N° Libreta de Ahorro)		
FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO				FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
EMPLEADOR				C.U.I.T.					
CALLE		NRO.			PISO		DTO.		
CÓD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA			TELÉFONO		
BENEFICIARIOS									
Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).									
APELLIDO Y NOMBRES		TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO		DOMICILIO		PARENTESCO		PORCENTAJE	
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. 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 Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link “Ejerza sus derechos”.									

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74

SANCOR SEGUROS

TALÓN PARA EL EMPLEADO	COMPANÍA ASEGURADORA:		SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.									
	N° de Legajo, registro, ficha, etc.:							N° de Póliza:				
	APELLIDO Y NOMBRES											
	DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐		NRO. DE DOCUMENTO						EXPEDIDO POR			
	CALLE				NRO.				PISO		DTO.	
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA				C.U.I.L. (o N° Libreta de Ahorro)		
	FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO						FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
	EMPLEADOR					C.U.I.T.						
	CALLE				NRO.				PISO		DTO.	
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA				TELÉFONO		
	BENEFICIARIOS											
	Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).											
	APELLIDO Y NOMBRES		TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO		DOMICILIO				PARENTESCO		PORCENTAJE	
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. 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 Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link “Ejerza sus derechos”.												