

ORIGINAL

<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
			\$ .....								
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:					
La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio											

ORIGINAL

<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
			\$ .....								
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:					
La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio											

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			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
DIA	MES	AÑO	\$ .....			DIA	MES	AÑO
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:			

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			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
DIA	MES	AÑO	\$ .....			DIA	MES	AÑO
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:			

TRIPPLICADO TALON PARA EL EMPLEADO

<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			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO					
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO			
			\$ .....								
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:					

TRIPPLICADO TALON PARA EL EMPLEADO

<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			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO					
DIA	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO			
			\$ .....								
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:					