DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

NOMINA DE PERSONAS A INCORPORAR EN EL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

SANCOR SEGUROS

POLIZA	VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		NOMBRE TOMADOR	DNI/CUIT	
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.				SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

NRO. DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	TAREA QUE REALIZA	¿PRESENTA INCAPACIDAD AL MOMENTO DEL INGRESO?		¿ES ZURDO?	BENEFICIARIOS (APELLIDO, NOMBRES, TIPO Y NRO. DE DOC.)	FIRMA DEL ASEGURABLE
					NO	SI (DESCRIBIR Y ADJUNTAR DDJJ DE SALUD)			

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADS ANETRIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL TOMADOR

DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

NOMINA DE PERSONAS A INCORPORAR EN EL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

SANCOR SEGUROS

NRO. DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	TAREA QUE REALIZA	¿PRESENTA INCAPACIDAD AL MOMENTO DEL INGRESO?		¿ES ZURDO?	BENEFICIARIOS (APELLIDO, NOMBRES, TIPO Y NRO. DE DOC.)	FIRMA DEL ASEGURABLE
					NO	SI (DESCRIBIR Y ADJUNTAR DDJJ DE SALUD)			

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADS ANETRIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL TOMADOR