

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL										
	DNI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO	
	CUIT/CUIL NRO.:				-					-	

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES										
	DNI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO	
					-					-	

SOLICITO POR LA PRESENTE QUE A PARTIR DE LA FECHA QUEDEN DESIGNADOS COMO BENEFICIARIOS ÚNICOS Y EXCLUSIVOS DE LA PÓLIZA CITADA EN LA REFERENCIA - QUEDANDO SIN EFECTO TODA OTRA DESIGNACIÓN ANTERIOR QUE PUDIERE EXISTIR - LOS SIGUIENTES:

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

MOTIVOS DE MODIFICACIÓN	Indicar lo que corresponde:
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento del beneficiario anterior
	<input type="checkbox"/> Cambio de estado civil / Modificación de grupo familiar / Reasignación de porcentajes
	<input type="checkbox"/> Falta de designación previa
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):.....

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".

Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

LUGAR: _____

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR

FECHA: _____

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

.....
MATRÍCULA N°: