

ORIGINAL

COMPANÍA ASEGURADORA:		SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.					
N° de Legajo, registro, ficha, etc.:				N° de Póliza:			
APELLIDO Y NOMBRES							
DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>		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							
<p>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".</p>							

ORIGINAL

COMPANÍA ASEGURADORA:		SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.					
N° de Legajo, registro, ficha, etc.:				N° de Póliza:			
APELLIDO Y NOMBRES							
DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>		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							
<p>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".</p>							