

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
-----------------------------

<b>TOMADOR</b>	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.:		-					-		

<b>ASEGURADO</b>	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	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

<b>MOTIVOS DE MODIFICACIÓN</b>	Indicar lo que corresponde:
	Fallecimiento del beneficiario anterior
	Cambio de estado civil / Modificación de grupo familiar / Reasignación de porcentajes
	Falta de designación previa
	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°: