



Afiliado a la CGT- Fundado el 27/1/50
 Personería Gremial N° 314

DATOS DEL SOLICITANTE

Hoja 1

ENTIDAD S.O.E.M.E

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
E-MAIL	
TELÉFONO PARTICULAR	
TELÉFONO CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR	
CÓDIGO POSTAL	
DISTRITO	Nº DISTRITO
ESTABLECIMIENTO (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN LABORAL)	
LUGAR DE TRABAJO (DOMICILIO LABORAL)	
PROVINCIA	
SITUACIÓN DE REVISTA	
CARGO	HORAS/ MODULO
Nº DE LEGAJO	
CODIGO DE DESCUENTO	Nº CODIGO: DESCRIPCION: %:
	Nº CODIGO: DESCRIPCION: %:
	Nº CODIGO: DESCRIPCION: %:
OBSERVACIONES	

FAMILIARES A CARGO: (Indique en número la cantidad de familiares a cargo).

Para darles el alta correspondiente, deben adjuntar fotocopia del carnet de IOMA de cada uno y fotocopia de DNI.

Declaro bajo juramento tener a mi cargo a las siguientes personas y conocer la reglamentación de los servicios brindados por SOEME, estando de acuerdo con ellos y con sus Estatutos Gremiales Vigentes.

LUGAR Y FECHA DE AFILIACIÓN -/...../.....

.....
 FIRMA DEL SOLICITANTE / ACLARACIÓN Y DNI

.....
 FIRMA DEL SECRETARIO GREMIAL O APODERADO/
 ACLARACIÓN/DNI/ SELLO DEL GREMIO

DECLARACIÓN JURADA: Manifestamos en carácter de declaración Jurada que toda la información suministrada precedentemente es exacta. Nota: Fotocopia (legible) del DNI 1º y 2º hoja del solicitante, fotocopia del último recibo de haberes.



Afiliado a la CGT- Fundado el 27/1/50
 Personería Gremial N° 314

DATOS DEL SOLICITANTE

Hoja 2

CÓDIGO DE DESCUENTO POR EL CUAL SE AFILIA	DESCRIPCIÓN	% O MONTO FIJO A DESCONTAR

.....
 Firma del Solicitante

Aclaración

DNI:

Lugar y Fecha:

.....
 Firma del Secretario Gremial o Apoderado

Aclaración:

DNI:

Lugar y Fecha:

Sello del Gremio:

DECLARACIÓN JURADA:

Manifestamos en carácter de Declaración Jurada que toda la información suministrada. Precedentemente es exacta.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tomador: SOEME (Sindicato de Obreros y Empleados de la Minoridad y Educación) CUIT 30-58175983-1

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ CUIL: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

Fecha de Nac.: / / Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ e-mail: _____

SEGURO DE VIDA - Titular y cónyuge

COBERTURA	SUMAS ASEGURADAS
Muerte por cualquier causa	\$ 162.000.-

BENEFICIARIOS

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad. **Beneficiarios Principales para el Seguro de Vida** (la suma del % de beneficio que ser el 100%). En caso de minoridad del beneficiario (menor de 18 años), la indemnización se abonará a su representante legal. Se deberá acreditar vínculo al momento del siniestro. (***)

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% de beneficio

Si el o los beneficiarios principales no pudieran cobrar el beneficio por estar fallecidos o imposibilitados legalmente, el mismo se liquidará, en su defecto, a los beneficiarios subsidiarios **Beneficiarios Subsidiarios para el Seguro de Vida** (la suma del % del beneficio que ser del 100%)

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% de beneficio

En caso de no indicar %, se entenderá que será por parte iguales entre todos los beneficiarios declarados, tanto principales como subsidiarios.

En caso de fallecimiento del/la cónyuge y/o conviviente el beneficiario del cobro de la Suma Asegurada será el tular del presente certificado. Acaecido el siniestro deberá igualmente acreditar el vínculo correspondiente

En la Ciudad de _____, Provincia de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

Firma _____ Aclaración _____ DNI _____