



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.



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.



**DESIGNACION/MODIFICACION DE BENEFICIARIOS
SEGURO DE PERSONAS**



RAMO	POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI									
CUIT/CUIL NRO.:													

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI									

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	

MOTIVOS DE MODIFICACION	(Indicar lo que corresponde)	
	<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO ANTERIOR
	<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE ESTADO CIVIL/MODIFICACION GRUPO FAMILIAR/REASIGNACION DE PORCENTAJES
	<input type="checkbox"/>	FALTA DE DESIGNACION PREVIA
	<input type="checkbox"/>	OTROS (ACLARAR):

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 de Datos Personales: <http://www.ius.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: FIRMA DEL ASEGURADO	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
FECHA:/...../..... ACLARACION DE FIRMA FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR
	 MATRICULA N°: