

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE JUBILADOS



Fecha: \_\_\_\_\_

A la comisión Directiva de S.O.E.M.E.:

En mi carácter de afiliado al S.O.E.M.E, quien suscribe Sr./a: \_\_\_\_\_ comunico a ustedes haber iniciado trámite jubilatorio, por lo cual solicito me sean brindados los beneficios del Coseguro Básico hasta tanto perciba mis haberes a través del Instituto de Previsión Social de la Pcia. De Buenos Aires.

Así mismo, dejo constancia de prestar conformidad para que me sean descontados los códigos (tachar lo que no corresponda) de mi recibo de haberes del IPS.-

- 12: Gremio/ Coseguro.
- 24: Farmacia.
- 5V: Jerarquizado.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE JUBILADOS



### DATOS DEL AFILIADO:

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	

### DATOS DEL AUTORIZADO

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
E-MAIL	
TELÉFONO PARTICULAR	
TELÉFONO CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR	
CÓDIGO POSTAL	
DISTRITO	Nº DISTRITO
PROVINCIA	

### DATOS DE BENEFICIO JUBILATORIO

EX CAJA	TIPO	Nº DE BENEFICIO	COPARTIPE	CONTROL	HABER CÓDIGO 001-000

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración del Jubilado

\_\_\_\_\_  
Firma del Jubilado



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



RAMO	POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

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

<b>ASEGURADO</b>	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:

<b>BENEFICIARIOS</b>	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE	

<b>MOTIVOS DE MODIFICACION</b>	(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°: