

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	Apellido Y Nombre O Razón Social	
	Municipalidad de comodoro Rivadavia	
	CUIT/CUIL NRO.	30 - 99906559 - 3

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES		
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>	NRO. DE DOCUMENTO	

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	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	DOMICILIO	PARENTESCO

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°: