



DESIGNACIÓN / MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE PERSONAS



| | | | |
|------|--------|-------------|-----------------------------|
| RAMO | POLIZA | CERTIFICADO | SELLO DE ENTRADA U. DE NEG. |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------|----|----|----|-------------------|--|-------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|
| ASEGURADO | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | | | | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | | | | NRO. DE DOCUMENTO | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | |
| | DNI | LE | LC | CI | | | | | | | | | | |
| | EMPRESA: | | | | | | TELÉFONO/CELULAR: | | | | | | | |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | |

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 MODIFICACIÓN | (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 DESIGNACIÓN 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.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>. link "Ejerza sus derechos"

| | | |
|--|--|---|
| LUGAR: FECHA: / / | FIRMA DEL ASEGURADO ACLARACIÓN DE FIRMA | <small>Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es autentica y ha sido puesta en mi presencia.</small> FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR MATRICULA N°: |
|--|--|---|