

TALON PARA EL EMPLEADOR	FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO				Nro. de legajo, registro, ficha, etc.			
					Nº POLIZA:			
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.							
	Nombre y Apellido:							
	Documento Tipo:	Nro.:	Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)			
	Domicilio Particular (Calle):		Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:		
	Localidad:			Provincia:				
	FECHA DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
	DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO
				\$ 50.000				
	Empleador:				C.U.I.T.:			
	Domicilio (Calle):		Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:		
	Localidad:			Provincia:				
	BENEFICIARIOS							
	Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)							
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%
Lugar y fecha:				Firma del Asegurado o Impresión Digital:				
La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio								

TALON PARA LA EMPLEADOR	SEGURO DE VIDA COLECTIVO				Nro. de legajo, registro, ficha, etc.			
					Nº POLIZA:			
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.					ORG.:	PROD.:	
	Nombre y Apellido:							
	Documento Tipo:	Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):			Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:				Provincia:			
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DÍA	MES	AÑO	\$ 50.000		DÍA	MES	AÑO
	Empleador:					C.U.I.T.:		
	Domicilio Particular (Calle):			Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:				Provincia:			
	BENEFICIARIOS (Todo el personal Asegurado deberá designar beneficiario)							
	NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO	
Lugar y fecha:			Firma del Empleador:		Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

TALON PARA EL EMPLEADO	SEGURO DE VIDA COLECTIVO				Nro. de legajo, registro, ficha, etc.			
					Nº POLIZA:			
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.					ORG.:	PROD.:	
	Nombre y Apellido:							
	Documento Tipo:	Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):			Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:				Provincia:			
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DÍA	MES	AÑO	\$ 50.000		DÍA	MES	AÑO
	Empleador:					C.U.I.T.:		
Domicilio Particular (Calle):			Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:		
Localidad:				Provincia:				
BENEFICIARIOS (Todo el personal Asegurado deberá designar beneficiario)								
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		
Lugar y fecha:			Firma del Empleador:		Firma del Asegurado o Impresión Digital:			