

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL CONTADURÍA GENERAL DEL EJÉRCITO											
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO	
	CUIT/CUIL NRO.:				3 0 - 5 4 6 6 9 0 5 1 - 9							

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

MOTIVOS DE MODIFICACIÓN	Indicar lo que corresponde:											
	Baja de cobertura Amparo Familiar											
	Baja de cobertura Cónyuge											

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°: