

## SOL NACIENTE SEGUROS S.A. – Av. Las Heras 2126, 3° P C1127AAQ CABA (011) 5279-9530/39 - C.U.I.T.: 30-68250955-0

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

| TOMADOR   | C.U.I.T.      |
|---|---------------|
| OSTEP – Obra Social para los Trabajadores de la Educación Privada | 30-68836168-7 |

| EMPLEADO ASEGURAD  | 0  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|--|--|---|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|--|--|
| Apellido y Nombres   |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| Documento: Tipo y Nro.                                       |  | C.U.I.L.  |             | Fecha de<br>Nacimiento   |                   |                          |             |  |  |
| Calle Nro., Piso, Localidad<br>Provincia y Código Postal     |  |   |             |                          |                   | '                        |             |  |  |
| Estado Civil   |  |   |             | Fecha Ingreso al En      | npleo             |                          |             |  |  |
| EMPLEADOR  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| Nombre y Apellido o<br>Razón Social                          |  |   |             |                          | C.U.I.T           |                          |             |  |  |
| Calle, nro, piso, localidad,<br>provincia y código postal    |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| BENEFICIARIOS  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| Apellido y Nombres   |  | Domicilio   |             |                          | Parentesco        | Documento                | %           |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| Designar beneficiarios en la                                 | cobertui   | ra contratada es un dere  | cho que u   | sted posee. La no des    | ignación de lo    | s beneficiarios o su de  | esignación  |  |  |
| errónea implicará demoras e                                  |  |   |             |                          | •                 |                          | -           |  |  |
| por escrito sin ninguna otra f                               |  |   | -           |                          |                   |                          |             |  |  |
| Los datos personales que ust<br>que lo vincula/rá con la Com |  |   | en nuestra  | i base de datos, para se | er utilizados cor | i motivo de la relación  | comercial   |  |  |
| El titular de los datos person                               |  |   | l derecho   | de acceso a los mismo    | s en forma gra    | tuita a intervalos no ir | nferiores a |  |  |
| seis meses, salvo que se acre                                |  | 45 1900 SERVER   10 CON   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| La DIRECCIÓN NACIONAL DE                                     | PROTEC   | CIÓN DE DATOS PERSON  | IALES, órga | ano de control de la le  | y № 25.326, ti    | ene la atribución de a   | tender las  |  |  |
| denuncias y reclamos que se                                  | interpor   | ngan con relación al incur  | nplimiento  | de las normas sobre p    | orotección de d   | atos personales.         |             |  |  |
| Lugar y Fecha Firma del asegurado                            |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| IMPORTANTE: UNA VEZ CON                                      | 1PLETAD  | O EL PRESENTE FORMUL  | ARIO REM    | IITIR EL ORIGINAL FIRM   | MADO Y FECHA      | DO A SOL NACIENTE        | SEGUROS     |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| TALON PARA EL ASEGURA  | DO   |   | Luga        | ır y Fecha:              |                   |                          |             |  |  |
| OST OBRA SOCIAL PARA LOS TI DE LA EDUCACIÓN                  | SOL NACIENTE SEGUROS S.A. – Av. Las Heras 2126, 3° P C1127AAQ CABA (11) 5279-9530/39 - C.U.I.T.: 30-68250955-0 |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
| C.U.I.L.   |  | EMPLEADO – APELLIDO Y NOMBRES                                     |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  |  |   |             |                          |                   |                          |             |  |  |
|  | EMPLE#   | ADOR  |             |                          | TOMAD             | OR                       |             |  |  |
|  |  | OSTEP – Obra Social para los Trabajadores de la Educación Privada |             |                          |                   |                          |             |  |  |

https://drive.google.com/drive/my-drive