Nro. DE PROPUESTA ASOCIADA: CONTRATANTE: ASOCIADO: POLIZA:

NOMINA DE PERSONAS QUE SE INCLUIRA EN EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO CUYA SOLICITUD SE PRESENTA EN LA FECHA A SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA

Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	SUELDO O SUMA ASEGURADA	GOZA DE BUENA SALUD	DOMICILIO	BENEFICIARIO		FIRMA DEL ASEGURABLE
								APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y NºDOC	

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADOS ANTERIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD.

OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TOMADOR

F. 17/40 – 5.000 - 07/05 CM.OS.

Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	SUELDO O SUMA ASEGURADA	GOZA DE BUENA SALUD	DOMICILIO	BENEFICIARIO		FIRMA DEL ASEGURABLE
								APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y NºDOC	

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADOS ANTERIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD.

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TOMADOR