CAPITAL FEDERAL

SOLICITUD DE CREDENCIAL

Afiliado a la CGT-Fundado el 27/1/50
Personería Gremial Nº 314

SOEME
SINDICATO DE OBREROS Y EMPLEADOS DE MINORIDAD Y EDUCACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

Hoja 1

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
E-MAIL	
TELÉFONO PARTICULAR	
TELÉFONO CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR	
CÓDIGO POSTAL	
ESTABLECIMIENTO (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN LABORAL)	
LUGAR DE TRABAJO (DOMICILIO LABORAL)	
CARGO	HORAS/ MÓDULO
Nº DE LEGAJO	
OBSERVACIONES	

FAMILIARES A CARGO .....(Indique en número la cantidad de familiares a cargo).
Para darles el alta correspondiente, deben adjuntar fotocopia de DNI del titular y de cada familiar a cargo.

Declaro bajo juramento tener a mi cargo a las siguientes personas y conocer la reglamentación de los servicios brindados por SOEME, estando de acuerdo con ellos y con sus Estatutos Gremiales Vigentes.

LUGAR Y FECHA DE AFILIACION ..... - ...../...../.....

....
FIRMA DEL SOLICITANTE / ACLARACIÓN Y DNI FIRMA DEL SECRETARIO GREMIAL O APODERADO/ ACLARACIÓN/DNI/ SELLO DEL GREMIO

Cargo (Marque una opción): ☐ No Docente ☐ Docente ☐ Jubilado - Legajo Nº: _____

DECLARACIÓN JURADA: Manifestamos en carácter de declaración Jurada que toda la información suministrada procedentemente es exacta. Nota: Fotocopia (legible) del DNI 1º y 2º hoja del solicitante, fotocopia del último recibo de haberes.

SOLICITUD DE CREDENCIAL

SOEME
SINDICATO DE OBREROS Y EMPLEADOS DE MINORIDAD Y EDUCACIÓN

PLANILLA ANEXA

INFORMACIÓN DE FAMILIARES A CARGO

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO TITULAR:	
NRO. DE DNI AFILIADO TITULAR:	

NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE Y APELLIDO DEL FAMILIAR	
PARENTESCO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	

FIRMA DEL AFILIADO: ……

DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

DESIGNACION/MODIFICACION DE BENEFICIARIOS
SEGURO DE PERSONAS

LOGRAR Seguros

RAMO	POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL: **S.O.E.M.E**

TIPO DE DOCUMENTO	NRO. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
DNI / LE / LC / CI		

CUIT/CUIL NRO.:	3	0	5	8	1	7	5	9	8	3	1	-	

ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO DE DOCUMENTO	NRO. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
DNI / LE / LC / CI		

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 MODIFICACION

(Indicar lo que corresponde)

- ☐ **FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO ANTERIOR**
- ☐ **CAMBIO DE ESTADO CIVIL/MODIFICACION GRUPO FAMILIAR/REASIGNACION DE PORCENTAJES**
- ☐ **FALTA DE DESIGNACION PREVIA**
- ☐ **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 "Lograr Compañía de Seguros de Personas S.A.". 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".

LUGAR:	.....	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
FECHA: ...../...../.....	**FIRMA DEL ASEGURADO**	..... **FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR**
	..... **ACLARACIÓN DE FIRMA**	..... **MATRÍCULA N°**