SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE JUBILADOS

SOEME
SINDICATO DE OBREROS Y EMPLEADOS DE MINORIDAD Y EDUCACIÓN

Fecha: _____

A la comisión Directiva de S.O.E.M.E.:

En mi carácter de afiliado al S.O.E.M.E, quien suscribe Sr./a: _____ comunico a ustedes haber iniciado trámite jubilatorio, por lo cual solicito me sean brindados los beneficios del Coseguro Básico hasta tanto perciba mis haberes a través del Instituto de Previsión Social de la Pcia. De Buenos Aires.

Así mismo, dejo constancia de prestar conformidad para que me sean descontados los códigos (tachar lo que no corresponda) de mi recibo de haberes del IPS.-

- 12: Gremio/ Coseguro.
- 24: Farmacia.
- 5V: Jerarquizado.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE JUBILADOS

SOEME
SINDICATO DE OBREROS Y EMPLEADOS DE MINORIDAD Y EDUCACIÓN

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
E-MAIL	
TELÉFONO PARTICULAR	
TELÉFONO CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR	
CÓDIGO POSTAL	
DISTRITO	Nº DISTRITO
ESTABLECIMIENTO (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN LABORAL)	
LUGAR DE TRABAJO (DOMICILIO LABORAL)	
PROVINCIA	

DATOS DEL AUTORIZADO

NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	
E-MAIL	
TELÉFONO PARTICULAR	
TELÉFONO CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR	
CÓDIGO POSTAL	
DISTRITO	Nº DISTRITO
PROVINCIA	

DATOS DE BENEFICIO JUBILATORIO

EX CAJA	TIPO	N° DE BENEFICIO	COPARTICIPE	CONTROL	HABER CÓDIGO 001-000

LUGAR Y FECHA DE AFILIACIÓN ……. - ……/……/…….

Aclaración del Jubilado

Firma del Jubilado

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