



# SURyA



**SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES DE REMISES y AUTOS al INSTANTE**

Personería Gremial N° 1850

Cerrito N° 228 -1º "C" – C1010AAF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel: 011-4384-1073

Página Web: [www.surya.org.ar](http://www.surya.org.ar)

Correo Electrónico: [info@surya.org.ar](mailto:info@surya.org.ar)

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO DE SEPELIO

Encontramos comprendidos en los alcances de lo establecido sobre el Título Sexto Art. 25º. A tal efecto informo mis datos personales y los del grupo familiar primario.

### APORTANTE

Apellido/s:.....

Nombre/s:..... **Correo Electrónico:**.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Documento: DNI – LE – LC – CI:.....

C.U.I.L N°:.....

Nacionalidad:..... Estado Civil:.....

Domicilio Particular:..... N°..... Piso..... Dto:.....

Entre Calles:..... Tel:.....

Localidad:..... C.P:..... Partido:..... Pcia:.....

### BENEFICIARIOS

En mi condición de beneficiario titular del Seguro de Vida Colectivo de Sepelio, Art. 25, Convenio Colectivo de Trabajo, manifiesto, con carácter de Declaración Jurada, que mi grupo familiar se encuentra integrado por quienes serán los únicos beneficiarios del Seguro de Vida Colectivo de Sepelio.

Apellido y Nombre	Fecha de Nac.	Parentesco	D.N.I.

### DATOS DE EMPLEADOR

Empleador y/o Nombre de Fantasia.....

C.U.I.T N°:.....

**Correo Electrónico:**.....

Domicilio:.....

Entre Calles:..... Tel:.....

Localidad:..... C.P:..... Partido:..... Pcia:.....

Asimismo declaro que me encuentro notificado que es requisito para gozar del beneficio, acreditar, al momento del siniestro, que se encuentran pagos la totalidad de los aportes mensuales que requiere el Art. 25, del Convenio Colectivo de Trabajo.

Firma del Solicitante:.....

Aclaración de la Firma:.....

DNI / CI / LE / LC N°:.....