



SEGURO DEL PERSONAL DEL ESTADO - SOLICITUD DE INSTITUCIÓN O CAMBIO DE BENEFICIARIO

A Caja de Seguros S.A.:

Solicito que la/s persona/s cuyo nombre/s figura/n a continuación, sea/n considerada/s como única/s beneficiaria/s de mi seguro, desde el momento en que se reciba esta comunicación, quedando anuladas todas las designaciones anteriores.

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres: _____

Tipo y N° de Documento: _____

Domicilio (Calle y N°): _____

Código Postal N°: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Ministerio en el que Presta o Prestó Servicios: _____

Administración Nacional / Provincia de (1): _____

Repartición y Localidad: _____

Ministerio y Repartición dónde Diligenció su Ficha Individual de Incorporación al Seguro: _____

Fecha de Ingreso: _____ / _____ / _____

Otras Reparticiones Donde se ha Desempeñado: _____

Caja de Jubilaciones o Retiros a que Aporta o Aportó: _____

Afiliado N°: _____

Jubilación o Retiro N°: _____

(1) Tachar lo que no corresponda

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si al fallecimiento del Asegurado existieran herederos o beneficiarios menores de edad, el padre y la madre en ejercicio de la patria potestad estarán autorizados para percibir el importe respectivo. En caso de que el Asegurado no desee que se hiciera uso de esta cláusula, deberá indicarlo expresamente por escrito a continuación.

Lugar y Fecha

Firma o Impresión Digital del Asegurado

Certificado Oficial

Certifico que la firma (o impresión digital) que antecede ha sido puesta en mi presencia por D. _____, _____, quién está comprendido entre el personal asegurado y cuya identidad he comprobado fehacientemente.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante



Seguros del Personal del Estado / Ley 13.003 (t.o. 1977)

Conste que el que suscribe _____ en la fecha ha instuido en reemplazo de sus anteriores beneficiarios a _____

Lugar y Fecha

Firma o Impresión Digital del Asegurado

Firma y Sello del Funcionario Certificante