

“TITULAR RETIRADO/ PENSIONADO/A”

CAJA DE SEGUROS S.A.
CUIT 30-66320562-1 ING. BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957
C1414CHI - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
TEL.: 0810-555-2252 - WWW.LACAJA.COM.AR



Designación o Modificación de Beneficiarios

Codigo Beneficiario:

Importante: Para que el presente formulario pueda ser procesado se deberá completar la totalidad de los datos del asegurado.
Encaso de necesitar algún dato adicional, comunicarse al 0810-555-2252.

Datos de l Tomador (completar en caso de Pólizas Colectivas)

Apellidos y Nombres / Razón Social: GENDARMERIA NACIONAL
Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☒ CUIT ☐ CDI Nro. 30-54669426-3 Condición IVA: ----
Domicilio real: AV. ANTARTIDA ARGENTINA 1480 cp.: 1104
Provincia: BUENOS AIRES Localidad: C.A.B.A. Teléfono: (011) 4310-2838

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres: _____
Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Fecha de Nacimiento: _____
Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. _____
Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio real: _____
Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____
Teléfono: (_____) _____ Actividad/Ocupación: _____

Designación/Cambio de Beneficiarios

Por la presente, solicito que las personas cuyos nombres figuran a continuación sean consideradas como únicos beneficiarios de mi/s seguro/s, desde el momento en que se reciba esta comunicación, quedando anuladas todas las designaciones anteriores.

Recuerde que el total de beneficiarios no puede superar el 100%.

- 1) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación(*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____ Mail: _____
- 2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación(*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____ Mail: _____
- 3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F % _____
Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ Relación(*): _____ Fecha de Nac.: ____/____/____
Domicilio real: _____ Teléfono: (_____) _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____ Mail: _____

Si al momento de liquidarse el capital asegurado a las personas detalladas como beneficiarios, alguna/as de ella/s fueron menor de edad, designo beneficiario en lugar de ese menor a: _____

(*) Según resolución 202/2015 UIF.

POR LA PRESENTE PRESTO CONFORMIDAD PARA QUE SE ME REALICE EL DESCUENTO POR LOS SEGUROS DE VIDA:

- ☐ **CTO 729** ⁽¹⁾ Adicional Seg.Vida Colectivo Titular, aumentando el capital asegurado (15 sueldos), 5 sueldos mas, total 20 sueldos
- ☐ **CTO 732** ⁽²⁾ Adicional Seg.Vida Colectivo Cónyuge, aumentando el capital asegurado (15 sueldos), 5 sueldos mas, total 20 sueldos
- ☐ **CTO 737** ⁽³⁾ Cobertura Sepelio

- (1) Solo podrá solicitar el alta, si tiene el descuento en su recibo de haberes el concepto 728 Seguro de Vida Colectivo Titular
- (2) Solo podrá solicitar el alta, si tiene el descuento en su recibo de haberes el concepto 731 Seguro de Vida Colectivo Cónyuge
- (3) En caso de que desee agregar adherentes a la cobertura de sepelio, deberá realizar una nota solicitando el alta y agregar nombre, apellido, número de documento nacional de identidad y parentesco.

Lugar y Fecha: _____
Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo, se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Firma y aclaración del Titular

Firma y aclaración del Jefe Unidad y/o Oficial de Personal