

"TITULAR ACTIVO"

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 Estadistico:

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 del 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 fueran 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 203 ⁽¹⁾ Seg. de Vida Colectivo Cónyuge ☐ CTO 203 ⁽²⁾ Adicional Seg. Vida Colectivo Cónyuge

☐ CTO 205 Seg. de Vida Colectivo Titular ☐ CTO 205 ⁽³⁾ Adicional Seg. Vida Colectivo Titular

☐ CTO 207 Seg de Vida Colectivo Amp. Fliar. ☐ CTO 237 Seg de Vida Colectivo Acc. Pers. ☐ CTO 270 ⁽⁴⁾ Cobertura Sepelio

(1) En caso de prestar conformidad para el descuento del concepto 203, la cónyuge/conviviente deberá confeccionar la ficha de designación de beneficiarios

(2) En caso de agregar adicional del Seg Vida Colectivo Cónyuge, incrementará el capital asegurado con 3 sueldos más, con un total de 33 sueldos.

(3) En caso de agregar adicional del Seg Vida Colectivo Titular, incrementará el capital asegurado con 3 sueldos más, con un total de 33 sueldos.

(4) 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 N° 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 N° 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