FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

UNC
Universidad
Nacional
de Córdoba

INSTRUCTIVO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGUROS DE VIDA

Como completar los Formularios:

Seguro de Vida Ley 13003 – LA CAJA

Imprimir el formulario de LA CAJA DE SEGUROS S.A. incorporado en este instructivo y completarlo en letra imprenta legible como el modelo ejemplo. Se deben completar 2 (dos) formularios iguales.

- Datos del Solicitante: completar los campos señalados con **X** con sus datos personales.
- Beneficiarios: completar con datos de la persona/s a designar como beneficiario/s.
- Firma del Asegurado: **no** se debe firmar el formulario previamente. Se firmará en presencia de un agente de la Facultad de Ciencias Médicas al entregar la documentación

NACIÓN SEGUROS S.A. (Póliza N° 82893031)

Imprimir el formulario de NACIÓN SEGUROS S.A. y completarlo en letra imprenta legible. Otra opción es abrir el formulario, incorporado en este instructivo, y completar los ítems marcados como el modelo ejemplo e imprimir.

Se deben completar los tres cuerpos por igual.

- Asegurado: completar los campos señalados con **X** con sus datos personales.
- Beneficiarios: datos de la persona/s a designar como beneficiario/s.
- Firma del Asegurado: **no** se debe firmar el formulario previamente. Se firmará en presencia de un agente de la Facultad de Ciencias Médicas al entregar la documentación

Ante cualquier consulta comunicarse al siguiente correo: lorena.fucina@unc.edu.ar o al 5353684 interno 20147

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

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 auladas todas las designaciones anteriores.

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres: X

Tipo y N° de Documento: X Domicilio (Calle y Nº): X

Código Postal Nº: Localidad: X Provincia: X

Ministerio en el que Presta o Prestó Servicios: Ministerio de Educación - UNC

Administración Nacional / Provincia de (1): Administración Nacional

Repartición y Localidad: Facultad de Cs. Medicas - Cba Cap

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

Fecha de Ingreso: X / X / X

Otras Reparticiones Donde se ha Desempeñado:

Caja de Jubilaciones o Retiros a que Aporta o Aportó:

Afiliado N°: N° de Legajo X Jubilación o Retiro N°:

(1) Tachar lo que no corresponda

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y Nº de Doc.	Domicilio	%
X	X	X	X	X

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 deseare que se hiciere uso de esta cláusula, deberá indicarlo expresamente por escrito a continuación.

X

Lugar y Fecha

X

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 estre el personal asegurado y cuya identidad he comprobado fehacientemente.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

FW-357 - MESV - 12.2017

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

FW-357 - MESV - 12.2017 TALÓN PARA EL ASEGURADO

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

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74
Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. **CODIGO COMPAÑÍA:** 515 Nº de Leg X

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba CUIT: 30-54667062-3 Domicilio: Artigas 160

Localidad: Córdoba CP: 5000 Provincia: Córdoba

ASEGURADO: Apellido y Nombres: X Fecha de Nacimiento: X CUIL Nº: X

Fecha de ingreso al trabajo: X **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: X

Localidad: X CP: X Provincia: X

BENEFICIARIOS **Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.**

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
X	X	X	X	X

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 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.

Lugar y Fecha: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74
Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. CODIGO COMPAÑÍA: 515 Nº de Leg. X

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba CUIT: 30-54667062-3 Domicilio: Artigas 160

Localidad: Córdoba CP: 5000 Provincia: Córdoba

ASEGURADO: Apellido y Nombres: X Fecha de Nacimiento: X CUIL Nº: X

Fecha de ingreso al trabajo: X Capital asegurado: 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: X

Localidad: X CP: X Provincia: X

BENEFICIARIOS Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
X	X	X	X	X

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 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.

Lugar y Fecha: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

DUPLICADO PARA EL TOMADOR

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74
Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. CODIGO COMPAÑÍA: 515 Nº de Leg. X

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba CUIT: 30-54667062-3 Domicilio: Artigas 160

Localidad: Córdoba CP: 5000 Provincia: Córdoba

ASEGURADO: Apellido y Nombres: X Fecha de Nacimiento: X CUIL Nº: X

Fecha de ingreso al trabajo: X Capital asegurado: 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: X

Localidad: X CP: X Provincia: X

BENEFICIARIOS Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%
X	X	X	X	X

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 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.

Lugar y Fecha: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO

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

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 auladas todas las designaciones anteriores.

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres:

Tipo y N° de Documento: Domicilio (Calle y Nº):

Código Postal Nº: 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 Nº 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 deseare que se hiciere 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 estre el personal asegurado y cuya identidad he comprobado fehacientemente.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

FW-357 - MESV - 12.2017

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

FW-357 - MESV - 12.2017
TALÓN PARA EL ASEGURADO

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

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74

Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. **CODIGO COMPAÑÍA:** 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS **Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.**

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 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.

Lugar y Fecha: _____

_____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74

Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. **CODIGO COMPAÑÍA:** 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS **Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.**

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 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.

Lugar y Fecha: _____

_____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

DUPLICADO PARA EL TOMADOR

Nación Seguros

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74

Comprobante de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A. **CODIGO COMPAÑÍA:** 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ **Capital asegurado:** 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS **Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.**

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 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.

Lugar y Fecha: _____

_____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO