



**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