

Declaración Jurada de Beneficiarios

Señores:

Ciudad:

Ref:

Declaración Jurada de Beneficiarios - Seguro Colectivo de Vida - Temporal Especial de empleados y obreros.

De mi consideración:

Me es grato poner en su conocimiento que, de acuerdo a lo establecido en el D.L. N° 688 - Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, suscribo la presente Declaración Jurada, legalizando mi firma ante Notario Público, con la finalidad de nombrar a los beneficiarios del Seguro de Vida Ley en el cual me encuentro Asegurado.

Primer Beneficiario: Cónyuge o conviviente y descendientes sin restricción de edad(*)

Apellidos y Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

(*) Conviviente (de conformidad con lo establecido en el artículo 321 del Código Civil) y descendientes (de conformidad con lo establecido en el artículo, 816 y 817 del Código Civil).

Solo a falta de Declaración del campo correspondiente a Primer beneficiario:
Ascendientes y Hermanos (menores de dieciocho (18) años).

Apellidos y Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Domicilio

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Nombre del Trabajador:

N° DNI:

Empleador:

Firma del trabajador

Legalización Notarial