

INSTRUCTIVO PARA SEGUROS

FORMAS DE COMPLETAR LOS FORMULARIOS:

1- SEGURO DE VIDA LEY 13003 – LA CAJA

El Agente debe imprimir y completar el Formulario, en forma manuscrita legible, utilizando letra imprenta, sin tachones ni enmiendas, de acuerdo a los ítems marcados en el modelo ejemplo.

FIRMA DEL ASEGURADO, una vez completado y firmado el Formulario, deberá escanearlo y enviarlo vía email al correo lorena.fucina@unc.edu.ar

2- NACIÓN SEGUROS S.A. (PÓLIZA 82892502)

El Agente debe imprimir y completar el Formulario, en forma manuscrita legible, utilizando letra imprenta, sin tachones ni enmiendas, completando los ítems de los tres cuerpos de igual manera, de acuerdo a lo indicado en el modelo ejemplo.

ASEGURADO: Debe completar el Formulario donde están las X con sus datos personales.

BENEFICIARIOS: Indicar los datos completos de la/s persona/s a designar como beneficiario/s del presente seguro de vida. (Hasta cuatro).

FIRMA DEL ASEGURADO, Una vez completado y firmado el formulario, deberá escanearlo y enviarlo vía email al correo lorena.fucina@unc.edu.ar

IMPORTANTE, cuando envíen los formularios vía email agregar al correo el número de contacto del o los beneficiario/s.

Estas medidas tendrán vigencia hasta nuevo aviso de las compañías de Seguro.



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: 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: / / _____
 Otras Reparticiones Donde se ha Desempeñado: _____

Caja de Jubilaciones o Retiros a que Aporta o Aportó: _____
 Afiliado N°: N° de Legajo _____ Jubilación o Retiro N°: _____

(1) Tachar lo que no corresponda

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	Domicilio	%
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

FW-357 - MESV - 12.2017

FW-357 - MESV - 12.2017
 TALÓN PARA EL ASEGURADO

COMPañÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPañÍA: 515

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: Artigas 160

Nº de Leg. X

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. 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: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

COMPañÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPañÍA: 515

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: Artigas 160

Nº de Leg. X

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. 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: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

DUPLICADO PARA EL TOMADOR

COMPañÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPañÍA: 515

EMPLEADOR: Univ. Nac. de Cba

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: Artigas 160

Nº de Leg. X

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. 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: X

X
Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO



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

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

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

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