

**SEGURO PARA JUBILADOS Y SUS CONYUGES
SEGURO PARA PENSIONADAS/OS**

La Caja de Médicos – Seguros quiere estar cerca suyo y de su familia acompañándolo en cada momento de su vida. Por este motivo, Ud. cuenta con un **Seguro de Vida** al que accederá automáticamente firmando al pie.

Monto del Seguro	\$ 3.200.-
Costo mensual (será debitado del Beneficio)	\$ 16,00.-

**La aceptación de esta solicitud queda supeditada al otorgamiento del beneficio de
Tendrá vigencia a partir del 1º día del mes que siga a la fecha de ALTA/RESOLUCIÓN del mismo, la que fuese posterior.**

Matrícula:.....

(Marcar con una cruz lo que corresponda)

- Solicito Incorporarme al Seguro.
- Solicito Incorporar al Seguro a mi cónyuge.
- Solicito Incorporarme al Seguro junto con mi cónyuge.
- No estoy interesado en contratar el seguro.

.....
Firma Titular

.....
Aclaración

.....
Tipo y N° de Documento

.....
Firma Cónyuge

.....
Aclaración

.....
Tipo y N° de Documento

DESIGNACION DE BENEFICIARIO / CAMBIO DE BENEFICIARIO

1 de 2

AFILIADO / PENSIONADO

En caso de fallecimiento, el capital asegurado se abonara al /a los siguiente /s beneficiario /s.

BENEFICIARIO/S: Apellido y Nombres	Fecha de Nac.	Parentesco	Tipo y N° Doc.	%
1-.				
2-.				
3-.				
4-.				

.....
Firma del Asegurado

CONYUGE DEL AFILIADO

En caso de fallecimiento, el capital asegurado se abonara al /a los siguiente /s beneficiario /s.

BENEFICIARIO/S: Apellido y Nombres	Fecha de Nac.	Parentesco	Tipo y N° Doc.	%
1-.				
2-.				
3-.				
4-.				

.....
Firma del Asegurado