cpsm SEGUROS CAJA DE MÉDICOS

SEGURO JUBILADOS, PENSIONADOS, BENEFICIARIOS POR CÓMPUTO DE SERVICIOS Y EDAD, BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO POR HIJO CON DISCAPACIDAD Y SUS CÓNYUGES.

Matrícula:.....

(Marcar con una cruz lo que corresponda)

☐ Solicito Incorporarme al Seguro.

☐ Solicito Incorporar al Seguro a mi cónyuge.

☐ No estoy interesado en contratar el seguro.

En caso de no poder efectivizar el pago del seguro a través del beneficio, autorizo a realizarlo por:

☐ Tarjeta de Crédito VISA Nº de Tarjeta.....

☐ Debito en Cuenta Corriente / Caja de Ahorros Nº de CBU.....

En caso de fallecimiento del **Titular**, el capital asegurado se abonará al/a los siguiente/s beneficiario/s.

BENEFICIARIO/S: Apellido y Nombres	Fecha de Nac.	Parentesco	Tipo y Nº Doc.	%
1-.				
2-.				
3-.				

....

Firma del Titular **Apellido y Nombre Titular** **Tipo y Nº de Documento**

En caso de fallecimiento del **Cónyuge**, el capital asegurado se abonará al/a los siguiente/s beneficiario/s.

BENEFICIARIO/S: Apellido y Nombres	Fecha de Nac.	Parentesco	Tipo y Nº Doc.	%
1-.				
2-.				
3-.				

....

Firma del Cónyuge **Apellido y Nombre Cónyuge** **Tipo y Nº de Documento**

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

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia ----------

Firma y Aclaración

FSEG 001/27 Rev. 009