



Municipalidad de Olavarría

Formulario 04
DECLARACIÓN JURADA DE
DESIGNACIÓN DE
BENEFICIARIOS PARA SEGURO

Dirección de Personal y Recursos Humanos

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

Compañía Aseguradora

DATOS PERSONALES

N° de Legajo

Apellido/s y Nombre/s

DNI

CUIL

/

/

Fecha de Nacimiento

/

/

Fecha de Ingreso al Empleo

/

/

Domicilio
Constituido

Calle

N° Calle

Piso

Depto.

Código Postal

Localidad y Provincia

En este acto cumplo con mi obligación de Declarar Domicilio, el que subsistirá a todos los efectos legales, mientras no cumpla con la actualización que por ley corresponde.

EMPLEADOR

Municipalidad de Olavarría

Domicilio
Constituido

Calle

Belgrano

N° Calle

2784

Piso

-

Depto.

-

Localidad y Provincia

Olavarría, Buenos Aires

Código Postal

7400

BENEFICIARIOS

(Debe ser mayor de 18 años)

Apellido/s y Nombre/s

Parentesco

Domicilio

Teléfono

DNI

%

TODO EL PERSONAL ASEGURADO TIENE DERECHO A DESIGNAR BENEFICIARIOS
(EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA Y REEMPLAZA CUALQUIER OTRO EMITIDO CON ANTERIORIDAD)

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, _____ de _____ de 20____

Firma del Asegurado

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta **MAYÚSCULA**, y ser emitida por el **EMPLEADOR** a la **ASEGURADORA** en caso de reclamos del pago del beneficio.