

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:** Nación Seguros S.A.**CODIGO COMPAÑÍA:** 515**EMPLEADOR:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (FCEfyN)

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: AV. VELEZ SARFIELD 1611

Localidad: CÓRDOBA

CP: X5016GCA

Provincia: CÓRDOBA

**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:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (FCEfyN)

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: AV. VELEZ SARFIELD 1611

Localidad: CÓRDOBA

CP: X5016GCA

Provincia: CÓRDOBA

**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:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (FCEfyN)

CUIT: 30-54667062-3

Domicilio: AV. VELEZ SARFIELD 1611

Localidad: CÓRDOBA

CP: X5016GCA

Provincia: CÓRDOBA

**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