



**Declaración Jurada de Beneficiarios**

Señores

Ciudad

Ref:

Declaración Jurada de Beneficiarios - Seguro Colectivo de Vida - Temporal Especial de empleados y obreros.

De mi consideración:

Me es grato poner en su conocimiento que, de acuerdo a lo establecido en el D.L. N° 688 - Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, suscribo la presente **Declaración Jurada**, legalizando mi firma ante Notario Público, con la finalidad de nombrar a los beneficiarios del Seguro de Vida Ley en el cual me encuentro Asegurado.

**Primer Beneficiario: Cónyuge o conviviente y descendientes sin restricción de edad(\*)**

| Apellidos y Nombres | DNI | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Domicilio |
|---------------------|-----|---------------------|------------|-----------|
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |

(\*) Conviviente (de conformidad con lo establecido en el artículo 321 del Código Civil) y descendientes (de conformidad con lo establecido en el artículo, 816 y 817 del Código Civil).

**Sólo a falta de Declaración del campo correspondiente a Primer beneficiario: Ascendientes y Hermanos (menores de dieciocho (18) años).**

| Apellidos y Nombres | DNI | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Domicilio |
|---------------------|-----|---------------------|------------|-----------|
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |
|                     |     |                     |            |           |

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Nombre del Trabajador:

N° DNI

Empleador:

|  |   |
|--|---|
| <p>_____</p> <p>Firma del trabajador</p> | <p>_____</p> <p>Legalización Notarial</p> |
|--|---|