

EMPLEADOR _____ Legajo / Registro / Ficha N° _____

Domicilio : _____ Localidad: _____

CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

Fecha de ingreso al empleo: ____ / ____ / ____ **Capital asegurado** \$ _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS

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. 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 ORIGINAL PARA EL TOMADOR

EMPLEADOR _____ Legajo / Registro / Ficha N° _____

Domicilio : _____ Localidad: _____

CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

Fecha de ingreso al empleo: ____ / ____ / ____ **Capital asegurado** _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS

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. 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 DUPLICADO PARA EL TOMADOR

EMPLEADOR _____ Legajo / Registro / Ficha N° _____

Domicilio : _____ Localidad: _____

CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Documento: DNI LC LE N° _____ Expedido por: _____

Fecha de ingreso al empleo: ____ / ____ / ____ **Capital asegurado** _____

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS

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. 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 TRIPPLICADO PARA EL ASEGURADO