



CAJA de SEGURIDAD SOCIAL para ODONTÓLOGOS de la PROVINCIA de BUENOS AIRES

**DESIGNACION DE BENEFICIARIO DE PRESTACIÓN POR FALLECIMIENTO**

..... de ..... de 20.....

Caja de Seguridad Social  
para Odontólogos de la  
Pcia. de Bs. As.

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi mayor consideración:

El que suscribe ..... con domicilio real en calle  
.....nº ..... de la localidad de  
..... y con domicilio profesional en calle  
.....nº ..... de la localidad de .....  
afiliado nº ..... del Distrito ..... acorde a lo establecido por el Reglamento  
de Prestación por Fallecimiento, el que declara conocer y aceptar en todos sus términos, manifiesta en el pleno  
uso de sus facultades, que es de su consciente y categórica voluntad que la prestación que corresponda en caso  
de fallecimiento se pague a:

APELLIDO Y NOMBRES:		PORCENTAJE ASIGNADO  %
DOCUMENTO TIPO: Nº	FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO: Calle: Nº Localidad:		

Y/ O

APELLIDO Y NOMBRES:		PORCENTAJE ASIGNADO  %
DOCUMENTO TIPO: Nº	FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO: Calle: Nº Localidad:		

Y/ O

APELLIDO Y NOMBRES:		PORCENTAJE ASIGNADO  %
DOCUMENTO TIPO: Nº	FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO: Calle: Nº Localidad:		

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

**NOTA:** El afiliado que desee mantener en secreto el nombre de los beneficiarios hasta producido el deceso, hará entrega de este formulario en sobre cerrado, lacrado y firmado, al Director Titular o Suplente de su Delegación de Distrito. La firma de este formulario deberá ser certificada por personal de la Caja, Juzgado de Paz, Registro Público de Comercio o Escribano Público de la Pcia. de Bs. As. En caso de no designar beneficiario y corresponder el pago podrá solicitarla quién haya abonado los gastos de sepelio o los herederos declarados como tales en sede judicial. El formulario original con la firma ya certificada deberá ser remitido a la Caja por correo postal o entregado en forma presencial en caso de estar habilitada la misma.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO