



**DESIGNACION DE BENEFICIARIO DE PRESTACION POR FALLECIMIENTO**

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

**Sr. Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires**

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 Artículo 2º del Reglamento de Prestación por Fallecimiento, 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:		

Y/ O

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

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN
FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO	
OF. R	CÓDIGO	T.F.
0 8	A L 2 9 9	

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

**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.