



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 callenº de la localidad de y con domicilio profesional en callenº 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.