|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DDJJ DE BENEFICIARIOS**   |  | | --- | | **Solicitud de Adhesión Individual y Designación de Beneficiarios.**  **FONDO ESPECIAL POR FALLECIMIENTO DEL AFILIADO – APORTES EXTRAORDINARIOS** |     Nombre y Apellido del Asegurado Titular:   |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |   Dirección particular:  Localidad: CP: Provincia:  Documento (Tipo y Número): Télefono:  Fecha de Nacimiento:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR** | | | | | **NOMBRE Y APELLIDO** | | **VINCULO** | **DNI TIPO Y Nº** | **%** | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |   \*Solicito ser incluido en el Fondo Especial por Fallecimiento, aceptando conocer los términos de la Resolución vigente establecidas por el Sipres.  \*Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la resolución respectiva.  \*Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus obligaciones en el pago de Aportes, continuando hasta la fecha en la categoría de Afiliado.  Acepto expresamente que:  Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el Sipres estipule, a lo que da expresa conformidad el asegurado.  Cada vez que se modifique el capital máximo, el SIPRES emitirá el endoso de estilo, y lo informará al matriculado, poniéndolo a su disposición en las oficinas y medios de publicación habilitados al efecto, https://cpcech.org.ar/index.php/2021/02/19/fondo-especial-por-fallecimiento/  ..…………………………………………….. …………………………………………..  FIRMA DEL SOLICITANTE LUGAR Y FECHA |