

DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS

SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA EMPLEADOS Y OBREROS – D.L. N°688 – 05.11.91

Yo,.....
Identificado(a) con D.N.I. N°..... domiciliado(a) enN°.....
del distrito de, Empleado(a) de la Contraloría General de la República desde el bajo régimen laboral del Decreto Legislativo N° 728, declaro bajo juramento que conozco lo establecido en el Art. 1° del Decreto Legislativo N° 688, “Ley de Consolidación de Beneficios Sociales” cuyo texto es el siguiente: “ El seguro de vida (...) se toma en beneficio del cónyuge o conviviente a que se refiere el Art. 326° del Código Civil y de los descendientes, sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años”.

Por tanto, declaro bajo juramento que de acuerdo a lo arriba establecido, nombro como beneficiarios del seguro de vida que la Contraloría General de la Republica ha tomado con la Compañía Aseguradora a las siguientes personas:

| PRIMER BENEFICIARIO | | | |
|--|-------------------|-------------------------|------------------|
| Apellidos y Nombres | Parentesco | Fecha Nacimiento | Domicilio |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| A FALTA DEL PRIMER BENEFICIARIO (PADRES/HERMANOS MENORES DE EDAD) | | | |
| Apellidos y Nombres | Parentesco | Fecha Nacimiento | Domicilio |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

De acuerdo a lo señalado en el Art. 6° del Decreto Legislativo N° 688 me comprometo a comunicar a la Contraloría General de la República cualquier modificación que pueda ocurrir en el contenido de la presente Declaración Jurada.

Ciudad:.....

Firma:

D.N.I. N°:

Código:

.....

Legalización Notarial