

Form.  
PS6.289
**Informe de Compañía de Seguros  
de Retiro para Acreditación de  
Derechohabientes**

CSR (1)

**a) Datos del Derechohabiente Solicitante**

Derechohabiente - Apellido y Nombre	CUIL N°	Fecha Nacimiento	Estado: Sano = <b>S</b> / Inválido = <b>I</b>

Acreditación de Derechohabiente para (2):

 Pensión Derivada

 Inclusión en Pensión

En caso de Inclusión completar la siguiente información con los beneficiarios que se encuentran percibiendo la prestación:

Beneficiario (Apellido y Nombre)	CUIL N°	Parentesco	Fecha Nacimiento	Estado: Sano = <b>S</b> / Inválido = <b>I</b>

Fecha de Resolución de la Pensión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**b) Datos del Causante**

Apellido y Nombre	
DNI N°	CUIL N°

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y Sello Responsable CSR

- (1) Denominación de Compañía de Seguros de Retiro.
- (2) Marcar con una cruz la opción que corresponda.
- (3) El contenido de este Form. tendrá una validez de 90 días corridos desde su emisión por parte de la Compañía de Seguros de Retiro.