



CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003 (t.o. 1977)

Póliza N° _____ (según sus condiciones)

Certificado N° Nº 73192

Legajo N° _____

Sucursal _____

| Tomador | Domicilio | Vigencia Inicial de la póliza |
|---------|-----------|-------------------------------|
| _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |

Datos del Empleado

Nombre y Apellido _____ Fecha de nac. ____ / ____ / ____ Sexo F M

Tipo de Doc. DNI LC LE CUIL N° _____ Nacionalidad Arg. Ext.

Dirección _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____ Est. Civil Solt. Casado Div. Viu.

Loc. _____ Prov. _____ C.P. _____ Tel. _____ F. de ing. al empleo ____ / ____ / ____

Capital a Asegurar _____ ¿Es zurdo? SI NO

Beneficiarios

| Nombre y Apellido | Parentesco | Tipo y Nro. de Doc. | % de Benef. | F. de nac. |
|-------------------|------------|--------------------------|-------------|------------|
| _____ | _____ | ____ L L L L L L L L L L | _____ | _____ |
| _____ | _____ | ____ L L L L L L L L L L | _____ | _____ |
| _____ | _____ | ____ L L L L L L L L L L | _____ | _____ |
| _____ | _____ | ____ L L L L L L L L L L | _____ | _____ |

Lugar y Fecha _____

Firma del Asegurable / Asegurado
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello del Tomador

Lugar y Fecha _____

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

Original Blanco: Caja de Seguros S.A. Duplicado Rosa: Empleador Triplicado Amarillo: Asegurable
La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa, y en caso de contradicción
deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.