

CE:

Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Séguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

Póliza N° 717002/3 (según sus condiciones)

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL



Certificado N° _____

Legajo N° _____

Sucursal _____

| Tomador | Domicilio | Vigencia Inicial de la póliza |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| GENDARMERIA NACIONAL ARG. | AV ANTART. ARGENTINA 1480 | / / |

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. |
|-------------------|------------|---------------------|-------------|------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

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

F3949 - 06-2010 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.