



CAJA DE SEGUROS S.A.

SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003 *

Póliza N.º (según sus condiciones)

Certificado N.º _____

Legajo N.º _____

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.º _____ Nacionalid Arg. Ext.

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

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 _____

Original Blanco: Caja de Seguro 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