



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° (según sus condiciones)

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)

Certificado N°

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.

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.