

Original Blanco: **Caja de Seguros S.A.** Duplicado Rosa: **Empleado** 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.

| 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)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL



| 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