



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)
*(L.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. |
|-------------------|------------|---------------------|-------------|------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

2020/11/01
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 Seguros S.A. Duplicado Rosa: Empleador Triplicado Amarillo: Asegurable
La presente declaración producirá efectos sobre sinistros fueros y complementos, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.