



CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional



Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

Certificado N° _____

Póliza N° _____ (según sus condiciones)

Legajo N° _____

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)

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.



FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS - SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DEC. N° 1567/74

Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS S.A. Código compañía: 0501

Empleador

CUIT N°: Razón social:

Domicilio (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:

Localidad: Provincia:

Empleado

UIL N°: Apellido y Nombres:

Domicilio particular (calle): N°: Piso: Dto: C.P.:

Localidad: Provincia:

Fecha de nacimiento: / / Fecha de ingreso al empleo: / /

Capital asegurado: 5,5 S.M.V.M. (según lo establecido por Anexo Pto. 23,6 inc c) Res. SSN 38708/2014

Designación de Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Doc.	Parentesco	Domicilio	%

"Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)

Original Blanco y Duplicado Rosa - para el Tomador - Triplicado Amarillo - para el Asegurado
 F-3950-300.00.21 - MESV - 10.2017