



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
Colegio Nacional de Buenos Aires	Bolívar 263	/ /

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.

F3949-05-2006 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.