

Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

Póliza N° _____ (**según sus condiciones**)

*(c.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° LLLLLLLLLL | **Nacionalidad** Arg. Ext.

Dirección _____ | **Nº** _____ | **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. |
|--------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|
| _____ | _____ | LLL | _____ | _____ |
| _____ | _____ | LLL | _____ | _____ |
| _____ | _____ | LLL | _____ | _____ |
| _____ | _____ | LLL | _____ | _____ |

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.