

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.

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.
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		

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.