



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
_____	_____	____ / ____ / ____

**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.
_____	_____	____ L L L L L L L L L L	_____	_____
_____	_____	____ L L L L L L L L L L	_____	_____
_____	_____	____ L L L L L L L L L L	_____	_____
_____	_____	____ L L L L L L L L L L	_____	_____

\_\_\_\_\_  
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.

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.