

Para Caja de Seguros S.A.

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)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL



[Certificado N°]
[Legajo N°]
[Sucursal]

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)
[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]
[Lugar y Fecha] [Firma y Sello del Tomador]
[Lugar y Fecha] [Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.]

Para el Empleado

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)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL



[Certificado N°]
[Legajo N°]
[Sucursal]

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)
[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]
[Lugar y Fecha] [Firma y Sello del Tomador]
[Lugar y Fecha] [Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.]

Para el Asegurado

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)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL



[Certificado N°]
[Legajo N°]
[Sucursal]

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)
[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]
[Lugar y Fecha] [Firma y Sello del Tomador]
[Lugar y Fecha] [Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.]