

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.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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.