

| Solicito actualizar mis datos

| Solicito capital adicional

| Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

| Certificado N° _____

| Póliza N° _____ (según sus condiciones)

| Legajo N° _____

*(t.o. 1977 y sus modificatorios)

| 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