



Protección Familiar / Solicitud de Incorporación / Ampliación

Grupo _____

Datos del Afiliado

Nombre/s y Apellido/s	Matrícula N°	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	
CUIT / CUIL / CDI N°	Actualidad/Ocupación			
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.		Código Postal		
Localidad		Provincia		
Teléfono		e-mail		

Beneficiarios

Nombre y Apellido completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC N°	Parentesco	%

Extensión de Cobertura al Cónyuge

El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre /s y Apellido /s	Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento

Medio de Pago por la presente autorizo que en caso de aceptación de la cobertura solicitada por la presente, el pago de la prima se efectúe por

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Visa	Banco emisor
		Tarjeta N°
<input type="checkbox"/> Débito en Cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	Vencimiento
		Banco
		CBU (22 dígitos)
<input type="checkbox"/> Descuento Haber Jubilatorio		

¿Posee otros seguros de vida y/o accidentes personales contratados con la Caja de Previsión y Seguro Médico? SI NO

Informe tipo de seguro y capital asegurado _____

La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (Artículo 4° de la Ley de Seguros N° 17.418)

Declaro expresamente que los datos consignados en este formulario son verídicos, precisos, completos y hechos de buena fe.

Lugar y fecha _____ Firma del Afiliado / Solicitante _____

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia _____
Firma y Aclaración