



Plan Pensionadas / 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	
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.		Código Postal		
Localidad	Provincia			
Teléfono	e-mail			

Beneficiario /s

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

¿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