



CAJA FORENSE DE ENTRE RÍOS

Córdoba 264/70 – Tel. 4224557-422152-4219128  
3100 – Paraná

**Solicitud de Crédito Personal**

..... de ..... de 2.0.....

Al Directorio de la  
Caja Forense de Entre Ríos  
Su Despacho:

De mi consideración:

El que suscribe: Dr./a:.....

Matricula	Nº Documento	Teléfono Fijo y celular	Domicilio	E - mail

Se dirige a Uds. a los efectos de solicitarles el otorgamiento de un *Préstamo Personal*:

*Res. 1860, y sus Modificatorias – Tasa Variable con 2 garantes.*

*Res. 1862, y sus Modificatorias – Tasa Variable con 1 garante.*

Por el monto de \$..... Pesos:

.....el que será pagado en ..... cuotas mensuales, iguales y consecutivas.

Declaro conocer y aceptar las condiciones de los préstamos regulados por las Resoluciones N° 1860/05, 1862 /05 y sus Modificatorias, ofreciendo la **garantía** de los afiliados:

	Profesional	Mat. F. T	Nº Documento	Teléfono	Domicilio
Garante 1					
Garante 2					

Solicito se extienda el cheque a nombre de .....-

(los cheques se emiten con cláusula No a la Orden a nombre del solicitante o de quien indique por escrito)

Prestamos conformidad, según Art. N° 10, Resolución N° 1860 y 1862/05.

.....  
Firma y Sello Garante N° 1    Firma y Sello Garante N° 2

.....  
Firma y sello Solicitante

**Observación:** la presente solicitud tendrá una vigencia de quince (15) días a partir de que sea informado al solicitante sobre su situación y la de sus garantes.-

CERTIFICO que el solicitante y los garantes son afiliados a la Caja Forense de Entre Ríos, habiendo firmado los mismos ante mi.-

..... de .....del 2.0...

.....  
Firma y sello autoridad de Sección



CAJA FORENSE DE ENTRE RÍOS

Córdoba 264/70 – Tel. 4224557-422152-4219128  
3100 – Paraná

## SEGUROS DE PERSONAS

### Declaración de Salud

Nombre y apellidos del solicitante:.....

Fecha de nacimiento: :.....

Tipo y Nro de Documento: :.....

1 ¿Goza de buena salud?

SI  NO  .....

2 ¿Fuma?

SI  NO  Cantidad .....

3 ¿Sufre de Hipertensión?

SI  NO  Niveles.....

4 ¿Sufrió en el último año algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?

SI  NO  Detalles .....

5 ¿Adolece de algún defecto, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna o alguna otra afección ?

SI  NO  Cuáles .....

6 Indique su estatura ..... y su peso .....

7 ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para el año próximo

SI  NO  En caso afirmativo, dar detalles .....

8 ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales ?

SI  NO  Cuáles.....

9 Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y menciones nombre y dirección del médico tratante

.....

10 ¿Hubo en su familia (consanguínea) casos de suicidios, insania, cáncer, epilepsia, diabetes o tuberculosis?

SI  NO  Detalles .....

11 ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?

SI  NO  .....

El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeto a la aprobación de la Solicitud por parte de Caja Forense de Entre Ríos.

Autorizo a Caja Forense de Entre Ríos, a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relaciona con este seguro.

.....  
Firma del solicitante

.....  
Lugar y Fecha