



CAJA FORENSE DE ENTRE RÍOS  
Córdoba 264/70 – Tel. 4224557-422152-4219128  
3100 – Paraná

## Solicitud de Crédito Personal TV para Jóvenes Profesionales

.....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 TV para Jóvenes Profesionales, por el monto de \$.....Pesos: .....el que será pagado en.....cuotas mensuales y consecutivas.*

*Declaro conocer y aceptar las condiciones del préstamo regulado por la Resolución N° 2743/17.-*

*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° 2743/17.

.....  
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.-

CERTIFICO que el solicitante es afiliado a la Caja Forense de Entre Ríos, habiendo firmado el mismo ante mi.-  
..... de .....del 2.0....

.....  
Firma y sello autoridad de Sección



## 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