



**Solicitud de Crédito Personal para Jóvenes Afiliados sin Intereses
(Resolución N° 3016/20 y 3026/20)**

....., de de 2020

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

De mi consideración:

El que suscribe; Dr./a.:

Mat.	N° Documento	Teléfono Fijo y Celular	Domicilio	E-mail	Fecha Matriculación	Fecha Nacimiento

Se dirige a Uds. a los efectos de solicitarles el otorgamiento de un Préstamo Personal para Jóvenes Afiliados, por el monto de \$10.281,00, equivalente a catorce (14) Jus previsionales más el 2% por seguro de saldo deudor, el que será pagado en cuotas iguales, mensuales y consecutivas.

A tal efecto,

Poseo ingresos fijos mensuales por relación de dependencia o contrato de servicios u obra profesional: SI / NO , inferior a dos Salarios Mínimos Vital y Móvil.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son verídicos y me hago responsable ante cualquier inconveniente que surja respecto de la veracidad de éstos.

Solicito se realice la acreditación a la cuenta bancaria Nro.:
(Adjuntar constancia de la cuenta bancaria)

.....
Firma y Sello del 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 mí.-
..... de de 2020.-

.....
Firma y Sello Autoridad de Sección



SEGUROS DE PERSONAS

Declaración de Salud

Nombre y Apellido 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 mencione 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