



## Solicitud de Crédito Personal

....., ..... de ..... de 2.....

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

De mi consideración:

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

Mat.	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. N° 2928/19 - Tasa Variable con 2 garantes.

Res. N° 2929/19 - 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° 2928/19 y 2929/19, ofreciendo la garantía de los afiliados:

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

Solicito se realice la acreditación a la cuenta bancaria de titularidad de: .....

.....-

(Adjuntar constancia de la cuenta bancaria)

Presto conformidad, según Art. 10º, Resoluciones N° 2829 y 2829/19.

.....  
Firma y Sello  
Garante 1

.....  
Firma y Sello  
Garante 2

.....  
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, insanía, 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