



Solicitud de Crédito Personal

..... de de 2025

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

De mi consideración:

El que suscribe: r./a:.....

Matricula	N° Documento	Teléfono Fijo y celular	Domicilio	E - mail

Se dirige a Uds. a los efectos de solicitarles el otorgamiento de un *Préstamo Personal* 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 la Resolución 3497/25, ofreciendo la garantía de los afiliados:

	Profesional	Mat. F. T	N° 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)

Prestamos conformidad, según Art. N° 11°, Resolución N° 3497/25

.....
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.-

..... dedel 2.025

.....
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