

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:.....

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, 2033 y 2134 – Tasa Variable con 2 garantes.

Res. 1862, 2033 y 2134– Tasa Variable con 1 garante

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

que será pagado encuotas mensuales, iguales y consecutivas.

Declaro conocer y aceptar las condiciones de los préstamos regulados por las resoluciones Nº 1860 ,1862 /05, 2033/08 y 2134/09 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-

Prestamos conformidad, según Art. Nº 10, Resolución Nº 1860 y 1862/05.

.....
Firma y Sello Garante Nº 1 Firma y Sello Garante Nº 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 2.00...

.....
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