

LLENAR ESTA SOLICITUD CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA

Póliza N°

Agencia N°

Zona N°

P.A.C. N°

SECCION VIDA

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Fecha: ___ / ___ / ___ Lugar: _____ Agencia Interviniente: _____

TOMADOR

Nombre y Apellido _____ Póliza N° _____

Tipo de Seguro: Decreto / Ley 20744 / Convenio Mercantil / Ley 16600 / Estandar / Saldos Deudores / Otros _____

Solicito recibir Póliza: Física Electrónica

ASEGURADO

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nac.: ___ / ___ / ___

Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: _____ Tipo de Persona: Física Es Ud. Zurdo? Si No

Lugar de Nac. (Loc. / Prov.) _____ Sexo (F / M) CP _____ País _____

Domicilio real / laboral / comercial / legal: _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Mblock _____

Localidad / Prov. _____ Tel./ Fax _____ Cel. _____ E-mail _____

Estado civil _____ Nacionalidad _____

DATOS LABORALES: CUIT / CUIL / CDI _____

Actividad/Ocupación _____ Cargo _____

Fecha de Ingreso: ___ / ___ / ___ Antigüedad _____ Remuneración Mensual Bruta o Capital Asegurado: _____

DATOS

¿Goza de buena salud? SI NO En caso negativo, que enfermedad padece: _____

¿Sufrió enfermedades graves o incapacidades? SI NO En caso afirmativo, cuales: _____

Indique si tiene otros seguros colectivos. En caso afirmativo, en que Cía y por que importe: _____

¿Realiza Ud. Alguna actividad o deporte riesgoso? SI NO Cuál? _____

BENEFICIARIOS:

El beneficiario es aquella persona a quien se efectuará el pago del capital que pueda corresponder al producirse el fallecimiento del Asegurado. De haber más de un beneficiario, indicar los respectivos datos, la proporción de beneficio que corresponda a cada uno y orden.

Datos del Beneficiario

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: _____

Tipo de Persona: Física _____ Jurídica _____ Fecha Nac.: ___ / ___ / ___ Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Proporción _____ % Orden _____

Parentesco: _____ Tipo y N° de Documento: _____ CUIT / CUIL / CDI: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: _____

Datos del Beneficiario

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: _____

Tipo de Persona: Física _____ Jurídica _____ Fecha Nac.: ___ / ___ / ___ Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Proporción _____ % Orden _____

Parentesco: _____ Tipo y N° de Documento: _____ CUIT / CUIL / CDI: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: _____

Datos del Beneficiario

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: _____

Tipo de Persona: Física _____ Jurídica _____ Fecha Nac.: ___ / ___ / ___ Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Proporción _____ % Orden _____

Parentesco: _____ Tipo y N° de Documento: _____ CUIT / CUIL / CDI: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: _____

- EL CLIENTE TOMA CONOCIMIENTO QUE ANTE CUALQUIER PAGO QUE DEBE REALIZARSE EN VIRTUD DE LA PÓLIZA Y/O DE CUALQUIER CESIÓN DE DERECHOS O CAMBIO DE BENEFICIARIO Y/O ANULACIÓN, LE SERÁN SOLICITADOS REQUISITOS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY 25.246 Y NORMATIVAS REGLAMENTARIAS.
- EN MI CARÁCTER DE TOMADOR, DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS A SER APLICADOS A LA OPERACIÓN DE SEGUROS A QUE SE REFIERE LA PRESENTE PROPUESTA, SON LÍCITOS Y PROVIENEN DE LA ACTIVIDAD DECLARADA (LEY N° 25.246 Y NORMATIVAS REGLAMENTARIAS).

FIRMA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

VERIFICACION DE LA INFORMACION

VERIFICADO ORIGINAL TIPO Y N° DE DOCUMENTO SI NO

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA

FIRMA / ACLARACION ASEGURADO

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE