

SEGURO DE VIDA COLECTIVO



Solicito mi incorporación Solicito actualizar datos Póliza N°

| | | | |
|--------------------|--------------------------------------|--|--|
| Contratante | Vigencia Inicial de la Póliza | | |
| | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Solicitante: Asegurado Titular | | Legajo N° | |
| Apellido y Nombres: | | F. Nac. / / sexo: M F | |
| Documento: DNI LC LE CUIL N° | | Nacionalidad: ¿Es Zurdo? | |
| Domicilio: Calle N° | | Piso Dpto. Estado Civil: Soltero/Casado/Divorc./Viudo | |
| Localidad CP | | Provincia Tel.: | |
| Ingreso al Seguro: / / | | Capital a Asegurar/Asegurado: | |

| Beneficiarios del Titular | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|---|---------------|
| Apellido y Nombres | Parentesco | Documento | % | Fecha de Nac. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si no desea que la indemnización correspondiente a los menores de edad sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, hágalo constar seguidamente:

| | | |
|--|---------------------------------|-------------|
| Cónyuge/concubino o conviviente a Asegurar (completar únicamente en caso de solicitar o actualizar cobertura) | | |
| Apellido y Nombres: | Doc.: DNI LC LE N° | F. Nac. / / |
| ¿Es Zurdo? | Capital a Asegurar / Asegurado: | |

| Beneficiarios del Cónyuge | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|---|---------------|
| Apellido y Nombres | Parentesco | Documento | % | Fecha de Nac. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

S.V.C. Plus (Familiar) Sepelio Póliza N° Firma:.....

| Datos del Grupo Familiar Primario (completar únicamente en caso de solicitar o actualizar cobertura) | | | | |
|---|------------|-----------|---|---------------|
| Apellido y Nombres | Parentesco | Documento | % | Fecha de Nac. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Beneficiarios del Titular (Completar solamente para la cobertura de S.V.C. Plus (Familiar)) | | | | |
|--|------------|-----------|---|---------------|
| Apellido y Nombres | Parentesco | Documento | % | Fecha de Nac. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En caso de no existir designación de beneficiario por parte del titular, la indemnización será abonada de la siguiente forma: en caso de fallecimiento de algún miembro del grupo familiar, el beneficiario será el titular, en caso de fallecimiento de éste, será beneficiario el cónyuge, en su defecto los hijos o en su defecto los padres.

ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO TITULAR POLIZA N° Firma:.....

| | | | | | |
|---|--|--------|--|-----------|--|
| Cobertura de seguros | | | | | |
| Tipo de Cobertura | | | | | |
| 24 hs. <input type="checkbox"/> Trabajo e In Itinere <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <tr><td>Muerte</td><td> </td></tr> <tr><td>Invalidez</td><td> </td></tr> </table> | Muerte | | Invalidez | |
| Muerte | | | | | |
| Invalidez | | | | | |

| Beneficiarios en caso de fallecimiento | | | | |
|---|------------|-----------|---|---------------|
| Apellido y Nombres | Parentesco | Documento | % | Fecha de Nac. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En caso de no existir designación de beneficiario se darán como válidos los designados para el Seguro Colectivo

Firma:.....

Por la presente autorizo al Contratante desde la fecha y en adelante a retener de mis haberes el importe respectivo, a fin de cubrir las primas de acuerdo a las condiciones de Póliza contratadas con Provincia Seguros S.A., que declaro conocer y aceptar.

Este seguro comenzará a regir a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a aquel en que se refleje el primer descuento en el recibo de haberes, siempre y cuando en esa fecha el asegurado se encuentre con concurrencia normal al empleo, percepción regular de haberes y sin encontrarse en uso de licencias por enfermedad o extraordinarias con o sin sueldo.

Declaro conocer que el art. 5° de la Ley de Seguros 17418 establece que "toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Lugar y Fecha Firma Asegurado Titular

Lugar y Fecha Firma y Sello del Empleador.....

Lugar y Fecha Firma del Asesor de Provincia Seguros S. A.

La presente declaración producirá efectos futuros y complementarios, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.