

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO



Solicito mi incorporación  Solicito actualizar datos  Póliza N°

<b>Contratante</b>	<b>Vigencia Inicial de la Póliza</b>		

<b>Solicitante: Asegurado Titular</b>		<b>Legajo N°</b>	
Apellido y Nombres:		F. Nac. / /	
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:	

<b>Beneficiarios del Titular</b>				
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:

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

<b>Beneficiarios del Cónyuge</b>				
Apellido y Nombres	Parentesco	Documento	%	Fecha de Nac.

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

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

<b>Beneficiarios del Titular (Completar solamente para la cobertura de S.V.C. Plus (Familiar))</b>				
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.  Trabajo e In Itinere 

Muerte	
Invalidez	

<b>Beneficiarios en caso de fallecimiento</b>				
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.

**El Asegurador podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (1067) Buenos Aires, o al teléfono 011-4338-4000 en el horario de 12:30 a 18:30, o vía Internet a la dirección www.ssn.gov.ar**