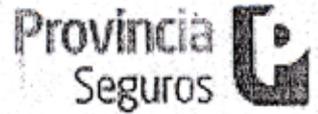


SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD DE CONTINUACIÓN



CONTINUACIÓN N°:

A Provincia Seguros S.A.:

Solicito, de acuerdo con las Condiciones Generales y/o Especiales de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, que declaro conocer, y en la que me encuentro/encontraba comprendido, la CONTINUACIÓN con un capital asegurado de \$
), cuyas primas, que estarán íntegramente a mi cargo, las abonaré directamente a esa Compañía, por año calendario anticipado.

NID **POLIZA** **MEDIO DE PAGO**
 BOLETA

DATOS DEL SOLICITANTE

CLIENTE NUMERO **TIPO DOC. NUMERO DE DOCUMENTO** **NUMERO CUIT** **CONDICION FRENTE AL IVA**
 RI EX MT CF

APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL **DIRECCION**

LOCALIDAD **CODIGO POSTAL** **PROVINCIA** **NACIONALIDAD**

TELEFONO **CELULAR** **DIRECCION EMAIL** **SIT. LABORAL**
 REL. DEP. AUTON.

SEXO **FECHA DE NACIMIENTO** **ESTADO CIVIL** **PROFESION O ACTIVIDAD**
 INDEPEND. RELAC. DEPEND. JUBILADO AMA DE CASA ESTUDIANTE OTROS

N° INGRESOS BRUTOS **AG RET.**

 Lugar y Fecha

 Firma y Aclaración del Solicitante

CERTIFICACIÓN DE DATOS POR PARTE DEL CONTRATANTE

DATOS LABORALES	FECHA	LICENCIAS EXTRAORDINARIAS (durante los últimos tres años)	DESDE	HASTA
PRESTÓ SERVICIOS DESDE				
PERCIBIÓ HABERES HASTA				
PRIMAS COBRADAS HASTA				
SOLICITUD PRESENTADA EL				
DADO DE BAJA EN EL SEGURO COLECTIVO				
INGRESO PRIMAS A LA COMPAÑÍA HASTA				

Certificamos la autenticidad de la firma o impresión digital del "Asegurado" y la veracidad de la información suministrada precedentemente.

Nombre del Contratante:

Domicilio: Teléfono:

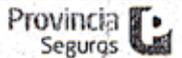
 Lugar y Fecha

 Firma autorizada y sello del Contratante

NOTA: VER CONDICIONES AL DORSO

TALON PARA EL ASEGURADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD DE CONTINUACIÓN



Conste que el Señor/Señora ha presentado en la fecha la Solicitud
 de Continuación en el seguro, que será considerada por esta Compañía (Póliza N° Certificado N°).

 Sello de Recepción

 Por PROVINCIA SEGUROS S.A.

IMPORTANTE: La presente constancia quedará en poder del solicitante y debe ser presentada para cualquier trámite ulterior.

PS N° 417/028-01

PS N° 417/028-01

ANTIGÜEDAD: Para tener derecho a la continuación en el seguro, será requisito indispensable que el peticionante tenga una antigüedad mínima de un año en la póliza.

CAPITAL ASEGURADO: Será el último alcanzado por el Asegurado antes del cese y por el cual abonó primas, o uno menor, quedando el mismo congelado.

PRIMA: Será de \$ (.....) por cada \$ 1.000.- de capital asegurado mensual.

PAGO DE LAS PRIMAS: El primer pago corresponderá al lapso que va desde la fecha del comienzo de la continuación hasta el final del año calendario más próximo. Los pagos posteriores serán anuales, espontáneos y anticipados, debiendo efectuarse inequívocamente dentro de los 40 días de iniciado el semestre.

Vencido este plazo el seguro quedará automáticamente rescindido sin posibilidad de rehabilitación alguna.

FORMA DE PAGO: En caso de optar por Tarjeta de Crédito adjuntar el formulario PS140/035 o Débito Automático el formulario PS140/063.

DOMICILIO: El Asegurado deberá comunicar cualquier cambio de su domicilio

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

VIGENCIA PÓLIZA	CAPITAL ASEGURADO	RIGE DESDE	VIGENCIA CONTINUACIÓN	LIQUIDACIÓN PRIMAS

OBSERVACIONES:

.....

.....

Conforme lo solicitado y siendo las verificaciones practicadas suficientes, **acéptase/recházase (*)** la continuación en el seguro.

(*) Tachar lo que NO corresponda

PRIMA 0%	PRIMER PERÍODO DE PRIMAS A COBRAR		
	FECHA VIGENCIA	HASTA	IMPORTE

IMPORTANTE

CONTINUACIÓN: Se considerará como tal la solicitud que fuera ingresada a la Compañía antes que el solicitante quede excluido de seguro, en cuyo caso no habrá interrupción de cobertura. Se otorga solamente la cobertura de muerte.

PS. N° 417/026-01