

Seguro de Vida Colectivo

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA)

Contratante o Empleador: _____
 Nro. de Póliza: _____
 Nro. de Legajo: _____

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____
 Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI CUIL LE LC CI PAS Nro.: _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Fecha de Inc. al Seguro: _____ - _____ - _____
 Ocupación: _____
 Suma Asegurada: Múltiplo de _____ sueldos. Capital Fijo \$ _____
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____
 Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
 Localidad: _____
 Teléfono: (_____) _____ - _____

2. OPCION PARA EL CONYUGE SI NO

En el caso de respuesta afirmativa completar los datos del cónyuge.

Datos del Cónyuge

Apellidos: _____
 Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI CUIL LE LC CI PAS Nro.: _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Fecha de Inc. al Seguro: _____ - _____ - _____
 Beneficiarios del Cónyuge: El Asegurado Titular.
 Suma Asegurada: Múltiplo de _____ sueldos. Capital Fijo \$ _____
 ¿Tiene Usted o su cónyuge otro seguro de vida colectivo?: SI NO
 Compañía: _____ Capital Asegurado: U\$S _____

3. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre	Orden	%	Edad	Tipo y Nro. de Documento	Relación / Parentesco

Observaciones:.....

En caso de beneficiarios menores de 21 años, designo como tutor a :

Apellidos: _____
 Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI CUIL LE LC CI PAS Nro.: _____ - _____ - _____

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA POR MI EMPLEADOR, AUTORIZÁNDOLO A DEDUCIR DE MIS HABERES EL IMPORTE DE LA PRIMA. ACEPTO EXPRESAMENTE QUE: LAS MODIFICACIONES DE CAPITAL MÁXIMO SE EFECTUARÁN PERIÓDICAMENTE SEGÚN LA PAUTA DE AJUSTE QUE EL CONTRATANTE CONVENGA CON LA COMPAÑÍA, A LA QUE DA EXPRESA CONFORMIDAD EL ASEGURADO. EL ENDOSO TAMBIÉN SE ENCONTRARÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN LAS OFICINAS DEL CONTRATANTE. LOS RIESGOS CUBIERTOS, LOS CAPITALS MÁXIMOS, Y DEMÁS CONDICIONES DEL SEGURO SON LOS ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DE LA EMPRESA CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN NUESTRA OFICINA DE PERSONAL.

Firma del Empleado	Aclaración del Empleado	Sello y Firma de la Empresa Contratante	Fecha
--------------------	-------------------------	---	-------

CADA VEZ QUE SE MODIFIQUE EL CAPITAL MÁXIMO, LA COMPAÑÍA EMITIRÁ EL ENDOSO DE ESTADO Y LO REMITIRÁ AL CONTRATANTE.