



la segunda

PERSONAS

COMPANIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

www.lasegunda.com.ar

LLENAR ESTA SOLICITUD CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA

Póliza N°

Agencia N°

Zona N°

P.A.C. N°

SECCION VIDA

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

SOLICITUD DE SEGURO N°:

VIGENCIA

Desde: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hasta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

TIPO DE SEGURO

OBLIGACIÓN PATRONAL SEGUN:

- Decreto 1567/74, Convenio Mercantil, Ley 16600, Ley 20744, Saldos Deudores, Estandar, Otros

TOMADOR

Nombre y Apellido / Razón Social \_\_\_\_\_

Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona: [ ] Física [ ] Jurídica Fecha de Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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 \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL / CDI \_\_\_\_\_ Actividad / Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Solicito recibir Póliza: Física [ ] Electrónica [ ]

Cond. I.V.A.: Exento / Resp. Inscripto / Monotributista / Consumidor Final / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N
Cond. Ingresos Brutos: Inscripto Nro. \_\_\_\_\_ / No Inscripto / Exento / Local / Multilateral / Bien de Uso / Exclusión S - N / Sujeto a Percepción S - N
Impuesto de Sellos: Exclusión S - N [ ] Adjuntar constancia acreditando Ingresos Brutos

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellido / Razón Social \_\_\_\_\_

Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona: [ ] Física [ ] Jurídica Fecha de Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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 \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL / CDI \_\_\_\_\_ Actividad / Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ [ ] Adjuntar constancia que acredite la Condición Fiscal

CLAUSULAS

CLAUSULAS ADICIONALES Y/O COMPLEMENTARIAS (Marcar lo que corresponda)

- Accidentes: Indemnización Adicional en Caso de Muerte por Accidente - Cláusula A, B, C, D
Invalidez: Invalidez Total y Permanente (Enf. ó Acc.) Liquidación del Capital Asegurado (A, B, C, D)
Salud: Cláusula Adicional de Alta Complejidad Médica, Cláusula Complementaria de Indemnización Anticipada-Enfermedad Terminal, Cláusula Complementaria de Indemnización en caso de Enfermedades Críticas, Cláusula Adicional para Transplantes de Organos, Otras

DATOS

¿Existen requisitos médicos para la incorporación a la entidad? SI [ ] NO [ ]

En caso afirmativo, ¿En qué consiste?: \_\_\_\_\_

¿Tiene Contratada alguna póliza de Seguro Colectivo de Vida? SI [ ] NO [ ]

En caso Afirmativo, ¿En qué Compañía y por qué importe?: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO

Efectivo [ ] Cheque [ ] Tarjeta de Crédito [ ] Débito en CBU [ ] Cant. de Cuotas \_\_\_\_\_

DEBITO

Solicito a LA SEGUNDA Personas S.A. la incorporación al Servicio de Débito Automático, autorizando expresamente a que se me debite el premio total o el importe de las cuotas mensuales pactadas en la propuesta, de mi tarjeta de crédito/cuenta bancaria. Tomo conocimiento y acepto, que el referido monto me será debitado al día 20 de cada mes o día hábil posterior, siendo de mi exclusiva y excluyente responsabilidad el disponer de límite de crédito o fondos disponibles en cuenta al momento de realizarse el débito en la fecha referida.

Nombre de la tarjeta \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta \_\_\_\_\_ N° de CBU: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

La presente autorización, tiene eficacia durante el período de vigencia de la póliza y sus renovaciones, o hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para su revocación. Firma y aclaración del titular de la cuenta / tarjeta

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 TOMADOR / ASEGURADO / BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE