

LLENAR ESTA SOLICITUD CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA

Póliza N°

Agencia N°

Zona N°

P.A.C. N°

**SECCION VIDA**

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO DE VIDA COLECTIVO**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Agencia Interviniente: \_\_\_\_\_

**TOMADOR**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: Decreto / Ley 20744 / Convenio Mercantil / Ley 16600 / Estandar / Saldos Deudores / Otros \_\_\_\_\_

Solicito recibir Póliza: Física  Electrónica

**ASEGURADO**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tipo de Documento (LE / LC / DNI / CI / Pasap.) N°: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona:  Física Es Ud. Zurdo? Si  No

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 \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

**DATOS LABORALES:** CUIT / CUIL / CDI \_\_\_\_\_

Actividad/Ocupación \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_ Remuneración Mensual Bruta o Capital Asegurado: \_\_\_\_\_

**DATOS**

¿Goza de buena salud? SI  NO  En caso negativo, que enfermedad padece: \_\_\_\_\_

¿Sufrió enfermedades graves o incapacidades? SI  NO  En caso afirmativo, cuales: \_\_\_\_\_

Indique si tiene otros seguros colectivos. En caso afirmativo, en que Cía y por que importe: \_\_\_\_\_

¿Realiza Ud. Alguna actividad o deporte riesgoso? SI  NO  Cuál? \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS:**

El beneficiario es aquella persona a quien se efectuará el pago del capital que pueda corresponder al producirse el fallecimiento del Asegurado. De haber más de un beneficiario, indicar los respectivos datos, la proporción de beneficio que corresponda a cada uno y orden.

**Datos del Beneficiario**

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo de Persona: Física \_\_\_\_\_ Jurídica \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Proporción \_\_\_\_\_ % Orden \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL / CDI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario**

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo de Persona: Física \_\_\_\_\_ Jurídica \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Proporción \_\_\_\_\_ % Orden \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL / CDI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario**

Nombre (s) y Apellido (s) / Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo de Persona: Física \_\_\_\_\_ Jurídica \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Proporción \_\_\_\_\_ % Orden \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL / CDI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- 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