



VIGENCIA	desde las 12 horas	hasta las 12 horas	CLIENTE	POLIZA	<input type="checkbox"/> Autónomos 24 hs. <input type="checkbox"/> Autónomos sin itinere (Causal trabajo) <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> AP Prestacional	<input type="checkbox"/> SEGURO INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> SEGURO COLECTIVO

Apellido y Nombres / Razón Social: \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Condición frente al IVA:  Responsable Inscripción  ¿Es gran contribuyente?  SI  NO  Exento Decreto  Consumidor Final  
 (Adjuntar comprobante)  Resp. Inc. Res. 18/97  Exento Actividad  Pers. No Categorizadas  Monotributo (Indicar categoría) \_\_\_\_\_

En su carácter de: CONTRATANTE  ASEGURADO

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ubicación del Riesgo: \_\_\_\_\_

**EXCLUSIVO INDIVIDUAL** (SI EL ASEGURADO NO ES EL CONTRATANTE COMPLETAR COMO COLECTIVO)

1. \_\_\_\_\_

- a) Apellido y Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_
- b) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- c) ¿Cuál es su profesión, industria u ocupación habitual? \_\_\_\_\_
- d) ¿Qué cargo desempeña? (Dueño, director, empleado, etc.) \_\_\_\_\_
- e) ¿Trabaja manualmente? (Si lo hace con útiles mecánicos indíquelos, así como la fuerza motriz empleada) \_\_\_\_\_
- f) ¿Dirige usted trabajos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- g) Además de la ocupación declarada más arriba, ¿ejerce alguna otra o realiza trabajos manuales, o manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

A los efectos de la cláusula 7 de las Condiciones Generales:

- a) Tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente? (En caso afirmativo especificar cuál o cuáles). \_\_\_\_\_
- b) ¿Tiene algún defecto físico? SI  NO  (En caso afirmativo, especificar) \_\_\_\_\_
- c) ¿Tiene algún defecto visual? SI  NO  (Especificar cuál y en qué medida) \_\_\_\_\_
- d) ¿Es sordo total o parcialmente? (Indíquese con respecto a cada uno de los oídos) \_\_\_\_\_
- e) ¿Cuál es su estatura y peso actual? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- a) ¿Tiene, ha tenido o está tramitando otro u otros seguros de Accidentes Personales y/o contra infortunios de Aeronavegación? SI  NO  \_\_\_\_\_
- b) ¿En qué Compañía, por qué riesgos y en qué sumas? \_\_\_\_\_
- c) Si no están en vigencia, ¿por qué motivos dejaron de estarlo? \_\_\_\_\_
- d) ¿Se le ha rechazado alguna solicitud de Seguro de Accidentes Personales o de Vida en otras Compañías? (Indíquese las causas y las Compañías) \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

- a) ¿Desea instituir beneficiario o beneficiarios para el caso de muerte? (En caso afirmativo indíquese los nombres) \_\_\_\_\_
- b) Tratándose de varios, indíquese en qué orden excluyente o en qué proporción debe ser pagada la indemnización \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

A los efectos de la cláusula 9 de las Condiciones Generales ¿Declara ser zurdo?

SI  NO

**Riesgos cubiertos: (Sumas aseguradas por persona)**

- A. MUERTE la suma de \_\_\_\_\_
- B. INVALIDEZ PERMANENTE la suma de \_\_\_\_\_
- C. ASISTENCIA MEDICA (Marcar el que solicita)  
**Asistencia Médica con franquicia \$ 100**   
**Asistencia Médica sin franquicia**
- D. RENTA DIARIA  
**Renta Diaria Normal**   
**Renta Diaria por Internación**

Plan de pago: Anticipo \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ cuotas.

**EXCLUSIVO COLECTIVO**

1. \_\_\_\_\_

- a) Naturaleza del establecimiento \_\_\_\_\_
- b) Ocupación del personal a asegurarse (Indique número)  
 • Administrativo exclusivamente SI  NO  (Completa planilla al dorso)  
 • De dirección, de vigilancia y/o de venta de artículos al público, pero sin tomar parte en trabajos de manipulación y/o elaboración (Completa planilla al dorso) \_\_\_\_\_  
 • Que toman parte en trabajos de manipulación y/o elaboración excepcionalmente \_\_\_\_\_
- c) Clase de los útiles mecánicos con los cuales trabaja el personal a asegurarse (o parte del mismo) y fuerza motriz empleada: \_\_\_\_\_

- d) ¿Existe entre el personal a asegurarse quienes ejerzan, además de las ocupaciones declaradas más arriba, alguna otra, o realicen manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

A los efectos de la cláusula 7 de las Condiciones Generales

¿Existe entre las personas a asegurarse quienes: (Especificar al dorso)

- a) Padezcan o hallan padecido enfermedades orgánicas graves o accidentes? SI  NO
- b) Tengan defectos físicos? (En caso afirmativo, indíquese cuáles) \_\_\_\_\_

- c) Tengan algún defecto visual? SI  NO  (Especificar cuál y en qué medida) \_\_\_\_\_

- d) Sean sordos, total o parcialmente? (Indíquese con respecto a cada uno de los oídos) \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

A los efectos de la cláusula 9 de las Cond. Generales, ¿Hay quienes declaran ser zurdos? SI  NO  (Especificar al dorso quiénes)

4. \_\_\_\_\_

¿Ha ocurrido entre personal a asegurarse accidentes que, de haber existido el seguro que se solicita hubieran sido cubiertos por el mismo? (En caso afirmativo indíquese el número y la importancia de los mismos). \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

¿Tiene, ha tenido o está tramitando para su personal otros seguros de Accidentes Personales o de Infortunios de Aeronavegación para Pasajeros? SI  NO

Liquidación del Premio: Prima \_\_\_\_\_ Premio total \_\_\_\_\_

Productor \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Agencia \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA DE SOLICITANTE \_\_\_\_\_

