

PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES AMBITO LABORAL

Quien suscribe, en carácter de Contratante, solicita a TPC Compañía de Seguros S.A un seguro colectivo de accidentes personales por el período comprendido entre el _____ y el _____ basado en las siguientes declaraciones:

Contratante _____ Fecha de Nac. _____
Doc. de Identidad (Tipo y N°) _____ CUIT N° y Cond. Ante el IVA _____
Domicilio _____
Localidad _____ Partido _____ Provincia _____ Cod. Postal _____
Lugar donde presta habitualmente sus servicios el personal a asegurarse: _____

Todas las preguntas deben contestarse:

Pago de las primas a cargo de:

[Contratante	<input type="checkbox"/>]	<input type="checkbox"/> Totalmente (*)
	Asegurados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Parcialmente

(*) Será beneficiado en primer término el Contratante, si abona el 100% de las primas de este seguro y siempre que los asegurados no hayan designado beneficiarios. En este caso el Contratante deberá demostrar un interés económico lícito respecto a la vida o salud de los asegurados.

Naturaleza del establecimiento: _____
Clase de útiles mecánicos con los cuales trabaja el personal a asegurarse (o parte del mismo) y fuerza motriz empleada _____

Importante:

Existen entre el personal a asegurarse quienes ejerzan o realicen manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, actividades riesgosas, etc?

SI NO (En caso afirmativo, identificar quienes y que tareas realizan)

El artículo 5º de la Ley N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia hace NULO el contrato.

¿Existen entre las personas a asegurarse quienes padezcan o hayan padecido enfermedades orgánicas graves o accidentes, tengan defectos físicos, defectos visuales, sean sordos total o parcialmente?

SI NO (En caso afirmativo, identificar quienes y que tareas realizan)

El artículo 5º de la Ley N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia hace NULO el contrato.

Firma del solicitante: _____

Lugar y fecha: _____

Productor: _____

Código: _____

Firma Productor: _____



Av. Belgrano 634 - Piso 9
 TEL. : (54 11) 4876 - 5300
 FAX : (54 11) 4876 - 5320
 109AAT - Buenos Aires - Argentina
 www.webtpc.com

ACCIDENTES PERSONALES LIMITADO AMBITO LABORAL
PLANILLA DEL PERSONAL A ASEGURARSE Y DEMAS DATOS COMPLEMENTARIOS

CONTRATANTE:

Nº de Orden	Apellido y Nombre	Ocupación	¿Es diestro?	Domicilio Laboral	Horario Laboral	Días Laborales

Lugar y Fecha _____

Firma del contratante _____