

SOLICITANTE - ASEGURADO TITULAR

CLIENTE	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	CUIT / CUIL	CONDICIÓN FRENTE AL IVA
APELLIDO	NOMBRES	CALLE	NÚMERO	PISO DPTO.
LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD	FECHA INGRESO AL SEGURO
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD U OCUPACIÓN	IIBB
			SUJ. OBLIGADO	PEP
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO	TELÉFONO	DIRECCIÓN DE EMAIL	

BENEFICIARIOS DEL SOLICITANTE						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE A ASEGURAR (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	F. NACIMIENTO
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO			

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA ASEGURADO TITULAR _____ FIRMA CÓNYUGE _____

S.V.C Plus (Familiar) Sepelio PÓLIZA: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

BENEFICIARIOS DEL TITULAR (completar solo en caso de seleccionar cobertura S.V.C. Plus (familiar))						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO TITULAR

COBERTURA DEL SEGURO	N° de Póliza:
Ámbito de la Cobertura:	Riesgos Cubiertos:
Sumas Aseguradas:	

BENEFICIARIOS						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

Por la presente autorizo al Contratante desde la fecha y en adelante a retener de mis haberes el importe respectivo, a fin de cubrir las primas de acuerdo a las Condiciones de Póliza contratadas con Provincia Seguros S.A., que declaro conocer y aceptar. Este seguro comenzará a regir a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a aquel en que se refleje el primer descuento en el recibo de haberes, siempre y cuando en esa fecha el asegurado se encuentre con concurrencia normal al empleo, percepción regular de haberes y sin encontrarse en uso de licencias por enfermedad, o extraordinarias con o sin sueldo. Declaro conocer que el art. 5º de la Ley de Seguros 17418 establece que “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato”.

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA ASEGURADO TITULAR _____ FIRMA CÓNYUGE _____

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA Y SELLO EMPLEADOR _____

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA ASESOR PROVINCIA SEGUROS S.A. _____

La presente declaración producirá efectos futuros y complementa, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma. El Asegurador podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (1067) Buenos Aires, o al Teléfono 011-4338-4000 en el horario de 12:30 hs. a 18:30 hs. o vía Internet a la dirección www.ssn.gov.ar

SOLICITANTE - ASEGURADO TITULAR

CLIENTE	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	CUIT / CUIL	CONDICIÓN FRENTE AL IVA
APELLIDO	NOMBRES	CALLE	NÚMERO	PISO DPTO.
LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD	FECHA INGRESO AL SEGURO
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD U OCUPACIÓN	IIBB
			SUJ. OBLIGADO	PEP
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO	TELÉFONO	DIRECCIÓN DE EMAIL	

BENEFICIARIOS DEL SOLICITANTE						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE A ASEGURAR (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	F. NACIMIENTO
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO			

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA ASEGURADO TITULAR _____ FIRMA CÓNYUGE _____

S.V.C Plus (Familiar) Sepelio PÓLIZA: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

BENEFICIARIOS DEL TITULAR (completar solo en caso de seleccionar cobertura S.V.C. Plus (familiar))						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO TITULAR

COBERTURA DEL SEGURO	N° de Póliza:
Ámbito de la Cobertura:	Riesgos Cubiertos:
Sumas Aseguradas:	

BENEFICIARIOS						
APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA: _____

Por la presente autorizo al Contratante desde la fecha y en adelante a retener de mis haberes el importe respectivo, a fin de cubrir las primas de acuerdo a las Condiciones de Póliza contratadas con Provincia Seguros S.A., que declaro conocer y aceptar. Este seguro comenzará a regir a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a aquel en que se refleje el primer descuento en el recibo de haberes, siempre y cuando en esa fecha el asegurado se encuentre con concurrencia normal al empleo, percepción regular de haberes y sin encontrarse en uso de licencias por enfermedad, o extraordinarias con o sin sueldo. Declaro conocer que el art. 5º de la Ley de Seguros 17418 establece que “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato”.

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA ASEGURADO TITULAR _____ FIRMA CÓNYUGE _____

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA Y SELLO EMPLEADOR _____

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA ASESOR PROVINCIA SEGUROS S.A. _____

La presente declaración producirá efectos futuros y complementa, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma. El Asegurador podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (1067) Buenos Aires, o al Teléfono 011-4338-4000 en el horario de 12:30 hs. a 18:30 hs. o vía Internet a la dirección www.ssn.gov.ar

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - ENCUESTA



SOLICÍTO INCORPORACIÓN

SOLICÍTO ACTUALIZACIÓN DE DATOS

CONTRATANTE: VIGENCIA INICIAL PÓLIZA:

SOLICITANTE - ASEGURADO TITULAR

CLIENTE	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	CUIT / CUIL	CONDICIÓN FRENTE AL IVA
APELLIDO	NOMBRES	CALLE		NÚMERO PISO DPTO.
LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA	NACIONALIDAD	FECHA INGRESO AL SEGURO
SEXO	F. NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD U OCUPACIÓN	IIBB
			SUJ. OBLIGADO	PEP
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO	TELÉFONO	DIRECCIÓN DE EMAIL	

BENEFICIARIOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA:

CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE A ASEGURAR (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	T. DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	F. NACIMIENTO
ZURDO?	CAPITAL A ASEGURAR/ASEGURADO			

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE, CONCUBINO O CONVIVIENTE

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA ASEGURADO TITULAR FIRMA CÓNYUGE

S.V.C Plus (Familiar) Sepelio PÓLIZA:

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (completar solo en caso de solicitar o actualizar cobertura)

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

BENEFICIARIOS DEL TITULAR (completar solo en caso de seleccionar cobertura S.V.C. Plus (familiar))

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA:

ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO TITULAR

COBERTURA DEL SEGURO	N° de Póliza:
Ámbito de la Cobertura:	Riesgos Cubiertos:
Sumas Aseguradas:	

BENEFICIARIOS

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DOC.	NÚMERO DOC.	%

FIRMA:

Por la presente autorizo al Contratante desde la fecha y en adelante a retener de mis haberes el importe respectivo, a fin de cubrir las primas de acuerdo a las Condiciones de Póliza contratadas con Provincia Seguros S.A., que declaro conocer y aceptar. Este seguro comenzará a regir a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a aquel en que se refleje el primer descuento en el recibo de haberes, siempre y cuando en esa fecha el asegurado se encuentre con concurrencia normal al empleo, percepción regular de haberes y sin encontrarse en uso de licencias por enfermedad, o extraordinarias con o sin sueldo. Declaro conocer que el art. 5º de la Ley de Seguros 17418 establece que “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato”.

LUGAR Y FECHA: FIRMA ASEGURADO TITULAR FIRMA CÓNYUGE

LUGAR Y FECHA: FIRMA Y SELLO EMPLEADOR

LUGAR Y FECHA: FIRMA ASESOR PROVINCIA SEGUROS S.A.

La presente declaración producirá efectos futuros y complementa, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma. El Asegurador podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (1067) Buenos Aires, o al Teléfono 011-4338-4000 en el horario de 12:30 hs. a 18:30 hs. o vía Internet a la dirección www.ssn.gov.ar