

24 HORAS

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

CONTRATANTE		FECHA DE NACIMIENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DNI	COND. ANTE EL IVA	CUIT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CODIGO POSTAL	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN CONTESTARSE

PAGO DE LAS PRIMAS A CARGO DE: CONTRATANTE ASEGURADO TOTALMENTE (*) PARCIALMENTE

(*) SERA BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO 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 DEBERA DEMOSTRAR UN INTERES ECONOMICO LICITO RESPECTO A LA VIDA O SALUD DE LOS ASEGURADOS.

NATURALEZA DEL ESTABLECIMIENTO

CLASE DE UTILES MECÁNICOS CON LOS CUALES TRABAJA EL PERSONAL A ASEGURARSE (O PARTE DEL MISMO) Y FUERZA MOTRIZ EMPLEADA

EXISTEN ENTRE EL PERSONAL A ASEGURARSE QUIENES EJERZAN O REALICEN MANIPULACIONES PELIGROSAS, EXPERIMENTOS DE LABORATORIOS, ETC? SI NO
(EN CASO AFIRMATIVO, IDENTIFICAR EN LA PLANILLA DE PERSONAL ADJUNTA, QUIENES Y QUE TAREAS REALIZAN)

EXISTEN ENTRE LAS PERSONAS A ASEGURARSE QUIENES PADEZCAN O HAYAN PADECIDO ENFERMEDADES ORGANICAS GRAVES O ACCIDENTES, TENGAN DEFECTOS FISICOS, DEFECTOS VISUALES, SEAN SORDOS, TOTAL O PARCIALMENTE? SI NO
(EN CASO AFIRMATIVO, IDENTIFICAR EN LA PLANILLA DE PERSONAL ADJUNTA, QUIENES Y QUE AFECCIONES PADECEN)

EL ARTICULO 5° DE LA LEY N°17.418 ESTABLECE QUE TODA DECLARACION FALSA O TODA RETICENCIA HACE NULO EL CONTRATO.

OBSERVACIONES

CONTRATANTE LUGAR	FECHA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		FIRMA Y ACLARACION

PRODUCTOR	CODIGO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		FIRMA Y ACLARACION

24 HORAS - PLANILLA DEL PERSONAL A ASEGURARSE Y DEMAS DATOS COMPLEMENTARIOS

N°ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION	ACTIVIDADES RIESGOSAS	ES ZURDO?	ENFERMEDADES O DEFECTOS FISICOS?	BENEFICIARIO/S	SUMAS ASEGURADAS		
									MUERTE	INVALIDEZ PERMANENTE	ASIST.MEDICA

CONTRATANTE LUGAR

FECHA

FIRMA Y ACLARACION