

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 _____

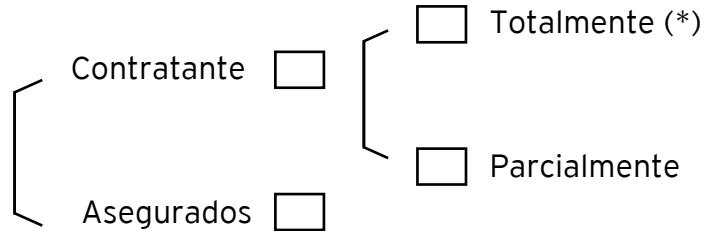
Domicilio _____

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:



(*) Será beneficiario en primer término el Contratante, se 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: _____

Existen entre el personal a asegurarse quienes ejerzan o realicen manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, 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 padecen o hayan padecido enfermedades orgánicas graves o accidentes, tengan defectos físicos, 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 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: _____

ACCIDENTES PERSONALES - 24 HORAS

Planilla del personal a asegurarse y demás datos complementarios

CONTRATANTE:

HOJA N°

Lugar y Fecha

Firma del contratante