

Quien suscribe en caracter 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 (*)
		<input type="checkbox"/> Parcialmente
Asegurados	<input type="checkbox"/>	

(\*) 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 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 en la planilla de personal adjunta quienes y que afecciones padecen)

El artículo 5º de la Ley Nº 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°

Nº de Orden	Apellido y Nombre	Ocupación	Actividades Riesgosas	Fecha de Nacimiento	¿Es diestro?	Enfermedades y/o defectos físicos	Beneficiarios	Sumas Aseguradas			Firma Personal
								Muerte	Invalidez Permanente	Asistencia Médica hasta	

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

Firma del contratante \_\_\_\_\_