

El abajo firmante solicita a TPC Compañía de Seguros S.A un seguro de accidentes personales por el período comprendido entre el _____ y el _____ basado en las siguientes declaraciones:

Apellido y Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ Doc. de Identidad DNI / CI / LC / LE N° _____
 Domicilio _____
 Localidad _____ Provincia _____ Cod. Postal _____

Todas las preguntas deben contestarse:

Profesión, industria u ocupación habitual _____
 Cargo que desempeña _____
 ¿Trabaja manualmente? SI NO Si lo hace con útiles mecánicos, indíquelos así como la fuerza motriz empleada _____
 ¿Dirige usted trabajos? SI NO ¿Cuáles? _____
 ¿Además de la ocupación declarada más arriba, ejerce alguna otra, o realiza trabajos manuales, o manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorios, etc? _____

¿Es ud. zurdo? SI NO
 ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente? Si NO
 ¿Cuáles? _____
 ¿Tiene algún defecto físico? SI NO ¿Cuál? _____
 ¿Tiene algún defecto visual? SI NO ¿Cuál y en qué medida? _____
 ¿Es sordo total o parcialmente? SI NO
 Indíquese con respecto a cada uno de los oídos _____

¿En qué riesgos y por qué sumas desea asegurarse?
 - Muerte por Accidente
 - Invalidez Permanente por accidente

Riesgos Adicionales:
 - Asistencia Médica y Farmacéutica hasta la suma de
 - Ayuda gastos de sepelio hasta la suma de

Designo beneficiarios de mi seguro:

Nombre y Apellido	Fecha de Nac.	Parentesco

Artículo 5ª 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: _____