

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

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Nro. de Cuil/Cuit: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Doc. de Identidad DNI / CI / LC / LE N° \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Partido \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

**Todas las preguntas deben contestarse:**

Profesión, industria u ocupación habitual: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña \_\_\_\_\_

Lugar donde desempeña las tareas declaradas para esta cobertura \_\_\_\_\_

Cuantos días a la semana concurre a su trabajo \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

¿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.? \_\_\_\_\_

¿Se moviliza habitualmente en motocicleta u otro vehículo similar? SI  NO

¿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 que 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

El artículo 5° 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: \_\_\_\_\_

**SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES PLANILLA  
COMPLEMENTARIA - COBERTURA AMBITO LABORAL**

1. Apellido y nombre del solicitante : .....
2. Lugar donde desempeña las tareas habituales : .....  
.....
3. Horario habitual de trabajo : .....
4. Cuantos días de la semana concurre a su trabajo : .....

.....

Lugar y fecha

.....

Firma del solicitante