

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:

{	Contratante	<input type="checkbox"/>	{	<input type="checkbox"/> Totalmente (*)
	Asegurados	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Parcialmente

(\*) Será beneficiado en primer término 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 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 \_\_\_\_\_

**Importante:**

Existen entre el personal a asegurarse quienes ejerzan o realicen manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, actividades riesgosas, etc?

SI  NO  (En caso afirmativo, identificar quienes y que tareas realizan)

El artículo 5° de la Ley N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia hace NULO el contrato.

¿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 quienes y que tareas realizan)

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: \_\_\_\_\_

