

AMBITO LABORAL

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

NOMBRE Y APELLIDO CUIT

DOMICILIO LOCALIDAD

CODIGO POSTAL TELEFONO CORREO ELECTRONICO

FECHA DE NACIMIENTO DNI

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN CONTESTARSE

PROFESION, INDUSTRIA U OCUPACION HABITUAL CARGO QUE DESEMPEÑA LUGAR DONDE DESEMPEÑA LAS TAREAS DECLARADAS PARA ESTA COBERTURA

CUANTOS DIAS A LA SEMANA CONURRE A SU TRABAJO HORARIO

TRABAJA MANUALMENTE? SI NO **SI LO HACE CON UTILES MECANICOS, INDIQUELOS, ASI COMO LA FUERZA MOTRIZ EMPLEADA**

DIRIGE UD TRABAJOS? SI NO **CUALES?**

ADEMAS DE LA OCUPACION DECLARADA MAS ARRIBA, EJERCE ALGUNA OTRA, O REALIZA TRABAJOS MANUALES, O MANIPULACIONES PELIGROSAS, EXPERIMENTOS DE LABORATORIOS, ETC? SI NO **CUALES?**

SE MOVILIZA EN MOTOCICLETA U OTRO VEHICULO SIMILAR? SI NO

USTED ES ZURDO? SI NO

TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O ACCIDENTE? SI NO **CUALES?**

TIENE ALGUN DEFECTO FISICO? SI NO **CUAL?**

TIENE ALGUN DEFECTO VISUAL? SI NO **CUAL Y EN QUE MEDIDA?**

ES SORDO TOTAL O PARCIALMENTE? SI NO **INDIQUESE CON RESPECTO A CADA UNO DE LOS OIDOS**

EN QUE RIESGOS Y POR QUE SUMAS DESEA ASEGURARSE? ARS USD

MUERTE POR ACCIDENTE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

RIESGOS ADICIONALES: ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA HASTA LA SUMA DE

DESIGNO BENEFICIARIOS DE MI SEGURO

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EL ARTICULO 5 DE LA LEY N°17.418 ESTABLECE QUE TODA DECLARACION FALSA O TODA RETICENCIA HACE NULO EL CONTRATO.

OBSERVACIONES

LUGAR FECHA

FIRMA Y ACLARACION

PRODUCTOR CODIGO

FIRMA Y ACLARACION