

**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