

**SOLICITUD DE SEGURO  
VIDA COLECTIVO**



Compañía de Seguros

POLIZA N°

A raíz de encontrarme en buen estado de salud, por la presente solicito ser incluido en este seguro Colectivo por la suma a que tenga derecho de acuerdo con las condiciones de póliza contratadas y convenidas por mi Empleador con L'UNION de Paris Compañía Argentina de Seguros S.A. autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima. En caso que en la vigencia inicial de mi Certificado Individual no me encontrare en servicio activo con concurrencia diaria a mis tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, tomo debida nota que mi seguro será nulo.

Acepto expresamente que las modificaciones de capital máxima se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el Contratante convenga con la Compañía, a lo que doy expresa conformidad.

Los riesgos cubiertos y las demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza que obra en poder de la empresa contratante, y que se encuentra a disposición del asegurado.

CONTRATANTE O EMPLEADOR: U. N. C. P. B. A.

**DATOS DEL ASEGURADO:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO AL EMPLEO: \_\_\_\_\_

DOC. N° (CI/LC/DNI): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

SUMA ASEGURADA: \_\_\_\_\_ MULTIPLO DE: \_\_\_\_\_ SUELDOS

CAPITAL UNIFORME: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

CONYUGE: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DECLARO QUE MI CONYUGE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE MATRIMONIO O UNION: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO DEL CONYUGE: El Asegurado Titular

**BENEFICIARIOS DE TITULAR**

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	%	DNI/CI/LC
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EN CASO QUE LOS DESIGNADOS FUERAN MENORES DE 21 AÑOS, DESIGNO BENEFICIARIO A: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Empleado Firma y Sello Contratante

(1) Certifico los datos del solicitante que se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia de esta entidad.

ORIGINAL PARA LA ASEGURADORA