

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO
Seguros de Vida Colectivo



INSTITUTO DE SEGUROS S.A.
 LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS

Nombre del Contratante:
 Apellido y Nombre del Asegurado:
 Fecha de Nacimiento: D.N.I.:
 Domicilio:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (sin iniciales)	TIPO Y N° DE DOC.

COBERTURA	SI/NO	CAPITAL ASEGURADO
✓ Muerte		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		

Es Ud. zurdo? SI/NO

Indique si sufrió de enfermedad grave o incapacidad SI/NO

Indique si goza de buena salud SI/NO

En caso negativo, que enfermedad padece: SI/NO

Paralelamente se desempeña en otra/s ocupaciones SI/NO

Tiene contratado otro Seguro de Vida Colectivo en esta Compañía SI/NO

Por que Suma?

Recuerde que es requisito indispensable para poder contratar este Seguro el estar al servicio activo del Contratante a la feha de la presente solicitud.

Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución N° 90/2000 del Ministerio de Economía

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios son los siguientes:

- A) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pago por medios electrónicos.
- B) Entidades bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.
- C) Tarjeta de débito, crédito o compras.

Lugar y Fecha de Solicitud: / /

.....
 FIRMA DEL TITULAR