

**SOLICITUD INDIVIDUAL PARA EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

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

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

COBERTURA	SI/NO	CAPITAL ASEGURADO
Muerte	SI	.....
1. Cláusula Adicional para Gastos por Fallecimiento		.....(máximo anual)
2. Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente		.....
3. Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente		.....
4. Cláusula Adicional de Cónyuges		.....
5. Cláusula Adicional de Cónyuges e Hijos		.....
6. Cláusula Adicional de Accidente I		.....
7. Cláusula Adicional de Accidente II		.....

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	
<u>Apellido y Nombres</u>	<u>Parentescos</u>

- 1)Es Ud. zurdo?
- 2)Tiene Ud. conocimiento de haber sufrido de enfermedad grave o incapacidad de las enumeradas seguidamente?  
*Anemia - Embolias - Diabetes - Enfermedades de la piel - Enfermedades del hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos) - Enfermedades del corazón - Enfermedades del riñón o de la vejiga (cólicos, cálculos) - Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disentería) - Epilepsia - Gota - Parálisis - Pleuresía - Reumatismo - Enfermedades de transmisión sexual - Tuberculosis - Tumores.*
- 3) Tiene Ud. conocimiento de haber sufrido alguna de estas enfermedades en los últimos 5 años? - *enfermedades de los ojos, de la garganta, de la nariz, de los oídos.* En caso afirmativo dé detalles en el siguiente cuadro:

Malestar físico o enfermedad	Fecha de iniciación Mes y año	Duración	Resultado o evolución	Médico que lo atendió

- 3)Indique si se encuentra bajo tratamiento médico
- 4)En caso afirmativo que enfermedad padece: .....
- 5)Paralelamente se desempeña en otra/s ocupaciones  Donde?: .....
- 6)Tiene contratado otro Seguro de Vida Colectivo en esta Compañía
- 7)Por que Suma? .....

Recuerde que es requisito indispensable para poder contratar este Seguro el estar al servicio activo del Contratante a la fecha de la presente solicitud. Se autoriza a **SAN PATRICIO Seguros de Vida y Salud S.A.** al descuento de primas de los haberes, con destino a este seguro, a través de Caja de Ahorro, Planilla de Sueldos, o cualquier otra forma de pago. Medios de cobranza del premio: según normativa vigente.  
 Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato (Art. N°5 de la Ley de Seguros N°17.418).

Lugar y Fecha de Solicitud:

PRODUCTOR

.....  
 FIRMA DEL TITULAR