

Seguro de Vida Obligatorio

Decreto 1.567/74

ESTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO A MANO POR EL SOLICITANTE DEL SEGURO, DANDO RESPUESTA A LA TOTALIDAD DE LAS PREGUNTAS "TODA DECLARACION FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, AÚN HECHAS DE BUENA FE, QUE HA JUICIO DE PERITOS HUBIERE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI EL ASEGURADOR HUBIERE SIDO CERCIORADO DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO (Art 5. ley 17418)

RAZON SOCIAL DEL TOMADOR	NUMERO DE PÓLIZA

NOMBRE(S) Y APELLIDO (S) DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO

TIPO Y NRO DE DOCUMENTO

Designación de Beneficiarios

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	TIPO Y NRO DE DOCUMENTO	PORCENTAJE

- ✓ Declaro bajo juramento, que los datos consignados anteriormente son verídicos, precisos y completos.

Firma del solicitante

Aclaración: _____

Lugar y Fecha: _____

Tipo y Nro de Documento: _____