

CONTINUACIÓN Nº: .....

Solicito, de acuerdo con las Condiciones Generales y/o Especiales de Póliza del Seguro de Vida Colectivo, que declaro conocer, y en la que me encuentro/encontraba comprendido, la CONTINUACIÓN con el Capital Asegurado de: \$ ..... (.....), cuyas primas, que estarán íntegramente a mi cargo, las abonaré directamente a esa Compañía, por año calendario anticipado.

NID \_\_\_\_\_ PÓLIZA \_\_\_\_\_ VIGENCIA DESDE \_\_\_\_\_

**ENTIDAD SOLICITANTE**

CLIENTE \_\_\_\_\_ T. DOC. \_\_\_\_\_ NÚMERO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL \_\_\_\_\_ CONDICIÓN FRENTE AL IVA \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES/RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD U OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ IIBB \_\_\_\_\_ SUJ. OBLIGADO \_\_\_\_\_ PEP \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE EMAIL \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TIPO DE EMPRESA \_\_\_\_\_ ORGANISMOS OFICIALES \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO \_\_\_\_\_ TARJETA CRÉDITO \_\_\_\_\_ Nº TARJETA DE CRÉDITO \_\_\_\_\_ VIGENCIA \_\_\_\_\_ BANCO EMISOR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CBU (Clave Bancaria Única) \_\_\_\_\_

Autorizo Provincia Seguros S.A a debitar de mi Cta. Cte, Caja de Ahorro o Tarjeta de Crédito indicada en el presente, de la que declaro ser titular, el importe necesario para abonar el premio a mi cargo.

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA SOLICITANTE

.....  
ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

**CERTIFICACIÓN DE DATOS POR PARTE DEL CONTRATANTE**

DATOS LABORALES	FECHA	LICENCIAS EXTRAORDINARIAS (últimos 3 años)	DESDE	HASTA
PRESTÓ SERVICIOS DESDE				
PERCIBIÓ HABERES HASTA				
PRIMAS COBRADAS HASTA				
SOLICITUD PRESENTADA EL				
DADO DE BAJA EN EL SEGURO COLECTIVO				
INGRESÓ PRIMAS A LA COMPAÑÍA HASTA				

Certificamos la autenticidad de la firma del asegurado y la veracidad de la información suministrada precedentemente.

NOMBRE DEL CONTRATANTE: ..... TELÉFONO: .....

DOMICILIO: .....

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA CONTRATANTE

.....  
ACLARACIÓN DEL CONTRATANTE

**ANTIGÜEDAD:** Para tener derecho a la continuación en el seguro, será requisito indispensable que el peticionante tenga una antigüedad mínima de un año en la póliza.

**CAPITAL ASEGURADO:** Será el último alcanzado por el Asegurado antes del cese y por el cual abonó primas, o uno menor, quedando el mismo congelado.

**PRIMA:** Será de \$ ..... ( ..... ) por cada \$ 1.000.-de capital asegurado mensual.

**PAGO DE LAS PRIMAS:** El Asegurado deberá abonar las primas directamente al Asegurador en forma adelantada, en la fecha de cada vencimiento. De acuerdo al artículo 7° de las Condiciones Generales : Para el pago de las primas posteriores a la primera, se acuerda un plazo de gracia de 40 días corridos contados desde la fecha de cada vencimiento, lapso durante el cual la póliza mantendrá su plena vigencia. Vencido el plazo de gracia, sin que la prima hubiera sido pagada, este seguro quedará automáticamente rescindido sin derecho a rehabilitación

**DOMICILIO:** El Asegurado deberá comunicar cualquier cambio de su domicilio a Provincia Seguros S.A.

**ENVÍO PÓLIZA DIGITAL**

Solicito el envío de esta póliza a la casilla de correo detallada anteriormente

Solicito el envío de la totalidad de mis pólizas a la casilla de correo detallada anteriormente

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

Vigencia Póliza	Capital Asegurado	Rige Desde	Vigencia Continuación	Liquidación Primas

**OBSERVACIONES:**

Conforme lo solicitado y siendo las verificaciones practicadas suficientes, acéptase      recházase      la continuación en el seguro.

Prima 0%	Primer Periodo de Primas a Cobrar		
	Fecha Vigencia Desde	Fecha Vigencia Hasta	Importe

**IMPORTANTE:** Continuación - Se considera como tal la solicitud que fuera ingresada a la Compañía antes que el solicitante quede excluido de seguro, en cuyo caso no habrá interrupción de cobertura. Se otorga solamente la cobertura de muerte.

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN CONTRATANTE

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN AGENTE