

## Accidentes Personales / Solicitud de Incorporación

Vigencia desde hasta

Ubicación del riesgo

### Datos del Asegurable

Nombre/s y Apellido/s Matrícula N° Sexo F  M

Documento DNI / LE / LC N° Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Estado Civil

Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto. Código Postal

Localidad Provincia

Teléfono eMail

### Beneficiarios

Nombre y Apellido completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC N°	Parentesco	%

### Riesgos Cubiertos / Cobertura

Fallecimiento / Invalidez permanente, total o parcial /\$ ..... Asistencia Medica Farmacéutica

10 % de la suma asegurada por fallecimiento

**Cuestionario** (indique con una x)  **Concurrente**  **Pasante**  **Residente**

¿Cuál es su ocupación actual?

¿Qué cargo desempeña?

¿Trabaja manualmente? (indicar útiles mecánicos, así como fuerza motriz empleada)

Además de la ocupación declarada mas arriba ¿Ejerce alguna o realiza trabajos manuales o manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.?

¿Adolece Usted de algún defecto físico, cojera o amputación? En caso afirmativo, por favor, dé detalles.

¿Ha sido tratado por enfermedades o defectos en ojos u oídos? En caso afirmativo, por favor, indique cuales.

¿Viaja habitualmente? ¿A qué lugares? ¿Por cuánto tiempo? ¿Por qué motivo?

## Accidentes Personales / Solicitud de Incorporación

¿Tiene o ha tenido o está tramitando otro u otros Seguros de Accidentes Personales?

¿Con qué Compañía? ¿Por qué? ¿Por qué sumas?

Si no están en vigencia ¿Por qué motivos dejaron de estarlo?

¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de Seguros de Accidentes Personales o de Vida? (especificar)

**Medio de Pago** por la presente autorizo que en caso de aceptación de la cobertura solicitada por la presente, el pago de la prima se efectúe por (indique con una **x** el medio de pago seleccionado)

Tarjeta de Crédito Visa Emisor: \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_ Tarjeta N° \_\_\_\_\_

Debito en Cuenta Banco: \_\_\_\_\_ CBU N° \_\_\_\_\_  
(22 digitos)

Boletas pago Banco Provincia de Buenos Aires  otros

**Declaro expresamente que los datos consignados en este formulario son verídicos, precisos, completos y hechos de buena fe.**

Lugar y fecha

Firma del Afiliado / Solicitante

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

### Destinatarios

• Médicos Pasantes, Concurrentes y Residentes afiliados a la Caja de Prevision y Seguro Medico de la Provincia de Buenos Aires.

### Cobertura

- Fallecimiento a causa de un Accidente en el lugar de trabajo.
- Invalidez Permanente, Total o parcial, como consecuencia de un Accidente en el lugar de trabajo.
- Asistencia Médica Farmacéutica.

### Requisitos de Incorporación

- Aprobación de la Declaración de Salud.

### Beneficios

- Flexibilidad en los capitales asegurados.
- Aceptación garantizada hasta los 65 años de edad.
- Libre designación de beneficiarios.
- Es adicional a cualquier otro seguro que usted posea.

