

Al lado de algunos campos se encuentra la siguiente imagen posicionándose sobre la misma obtendrá la ayuda necesaria para cargar dicho campo.
Los campos resaltados en color ROJO son de carga obligatoria para la correcta emisión de la propuesta.

El que suscribe solicita su incorporación al Seguro de Vida Colectivo contratado por el BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, con PROVINCIA SEGUROS S.A cubriendo el riesgo de muerte del asegurado por cualquier causa, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza que declaro conocer, suministrando al efecto los siguientes datos:

Nº PRODUCTOR

DATOS DEL TITULAR

Nº CLIENTE TIPO DOC. NÚMERO DOC. Nº CUIL CONDICIÓN IVA

APELLIDO NOMBRES CALLE NÚMERO PISO DEPTO.

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL PROVINCIA NACIONALIDAD

TELÉFONO CELULAR E-MAIL LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO FECHA NACIMIENTO ESTADO CIVIL OCUPACIÓN IIBB PEP SUJETO OBLIGADO LEY 25.246

TIPO DESCUENTO TARJETA Nº VIGENCIA

CAPITAL ASEGURADO CBU (Clave Bancaria Única)

Autorizo al Banco de la Provincia de Buenos Aires 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.

La casilla de correo electrónico (e-mail) informada más arriba, será utilizada por esta Compañía a efectos de realizar avisos, comunicaciones, informaciones, notificaciones, etc. inherentes al contrato de seguro.

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA SOLICITANTE

INSTITUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

1) Fallecimiento del titular de Tarjeta/Cuenta:

- a) El beneficio de este seguro se abonará, en primer lugar en forma irrevocable al Banco de la Provincia de Buenos Aires hasta la concurrencia del importe del saldo deudor que se registre al momento del fallecimiento de un asegurado en la/s tarjeta/s o cuenta/s.
- b) En caso de existir remanente, a los demás beneficiarios designados. En caso de no existir designación o por cualquier causa esta se haga ineficaz o quede sin efecto, el beneficio se abonará a los herederos legales.

APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO DOC.	Nº DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	%	TÉRMINO

SI AL MOMENTO DE LIQUIDARSE LA INDEMNIZACIÓN, ALGÚN BENEFICIARIO FUERA MENOR DE EDAD Y NO DESEA QUE LA MISMA SEA ABONADA A QUIENES EJERZAN LA PATRIA POTESTAD HÁGALO CONSTAR SEGUIDAMENTE: **NO LO DESEO**
DE OPTAR POR LA NEGATIVA, Y DE CONSIDERARLO, INDICAR A QUIEN SE DEBERÁ ABONAR

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO Y Nº DOCUMENTO:

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA SOLICITANTE

CÓDIGO SUCURSAL

Nº AFILIADO INTERVINIENTE

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO AL BPBA

DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURABLE

**Esta declaración jurada será llenada por el asegurado y forma parte de la Solicitud de seguro.
El Art. 5º de la ley 17.418 establece que toda declaración falsa o reticente, aun hecha de buena fé, hace nulo el seguro.**

¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ESTADO ACTUAL

INDIQUE VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL: MAX: MIN:

¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO O DROGAS?

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUALES Y DESDE CUANDO

La presente tiene carácter de declaración jurada. asimismo, relevo del secreto profesional a los médicos que me han examinado asistido o que me asistan en el futuro, para suministrar informes acerca de mi salud en cuanto se relacione con este seguro.

CERTIFICACIÓN DE DATOS DEL TITULAR Y FIRMAS POR EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

.....
FIRMA GERENTE SUCURSAL O DEPENDENCIA

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE