



SEGUOMETAL
COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.
CASA CENTRAL: ALVEAR 930 (S2002QGD) ROSARIO
TEL (0341) 4246200 - FAX 0810 - 4445638
www.seguometal.com info@seguometal.com

SOCIO N° : _____ VIGENCIA DESDE _____
PÓLIZA N° : _____ VIGENCIA HASTA _____
REN. PÓLIZA N° : _____

PRODUCTOR _____ ORGANIZADOR _____ COBRADOR _____
RECIBO N° _____ DE FECHA _____ IMPORTE _____

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

DATOS PERSONA FISICA O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRES: _____ DNI - LE - LC - PASAPORTE _____
DOMICILIO: Calle y número _____ LOCALIDAD /COD. POSTAL _____ PROVINCIA _____
SEXO (M o F) FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____ NACIONALIDAD _____
ESTADO CIVIL _____ ACTIVIDAD PRINCIPAL _____ C.U.I.T. o C.U.I.L. o C.D.I. _____
TELÉFONO FIJO _____ TELÉFONO CELULAR _____ E-MAIL _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA (Resp. Inscripto, Monotributista, Exento, Consumidor Final)

DATOS PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL _____ C.U.I.T. o C.D.I. _____
DOMICILIO: Calle y número _____ LOCALIDAD /COD. POSTAL _____ PROVINCIA _____
TELÉFONO FIJO _____ E-MAIL _____
FECHA Y N° DE INSCRIPCIÓN REGISTRAL _____ FECHA DEL CONTRATO O ESTATUTO _____ ACTIVIDAD PRINCIPAL _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA (Resp. Inscripto, Monotributista, Exento, Consumidor Final)

NOTA: En caso de Personas jurídicas, se deberá completar los datos del representante legal o apoderado firmante de la presente propuestas, con los datos previstos para personas físicas.-

DESCRIPCIÓN DE TAREA

- a) ¿Cuál es la profesión que ejerce o naturaleza del establecimiento? _____
b) ¿Se realizan labores manuales, si lo hacen con útiles manuales, indicarlos? _____
c) Indicar si ejerce/n dirección de trabajos ¿cuáles? _____
d) Además de la ocupación declarada ejerce/n alguna otra, o realiza/n trabajos manuales o manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, etc. _____

A LOS EFECTOS DE LA CLÁUSULA 7ª DE LA CONDICIONES GENERALES:

- a) ¿Tiene/n o ha/n tenido enfermedad grave, accidente o intervenciones quirúrgicas?
 NO SI Cuales? _____
- b) ¿Tiene/n algún defecto físico?
 NO SI Cuales? _____
- c) ¿Tiene/n algún defecto visual?
 NO SI Cual y en que medida? _____
- d) Sea/n sordo/s total o parcialmente, indíquese con respecto a cada uno de los oídos: _____
- e) A los efectos de la Cláusula 9 de las Condiciones Generales ¿declara/n ser zurdo/s? _____
- f) ¿Tiene/n o ha/n tenido o está/n tramitando otro/s seguros de Accidentes Personales y/o contra infortunios de Aeronavegación?
 NO SI Cuales? _____

