

**MAPFRE****ARGENTINA**
VIDA**SEGURO DE VIDA COLECTIVO - Solicitud de Adhesión Individual y Designación de Beneficiarios.****CONTRATANTE:****Nro. de Póliza:**

Nombre y Apellido del Asegurado Titular (Empleado):

Dirección particular:

Localidad:

C.P.:

Provincia:

Documento (Tipo y Número):

Telefono:

Fecha de Nacimiento:

Suma Asegurada:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO	VINCULO	DOC. TIPO Y N°	%

Nombre y Apellido del Cónyuge Asegurado:

Fecha de Nacimiento:

¿Es Ud. zurdo?

SI

NO

* Solicito ser incluido en el seguro de vida colectivo, de acuerdo con las condiciones de póliza contratada por mi empleador.

* Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.

* Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

Acepto expresamente que:

Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.

Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.

El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.

Firma del Solicitante (Empleado)

Sello y Firma de la Empresa Contratante

Fecha