



**BOSTON LIFE**  
Una Compañía Unica

## Solicitud de Adhesión al Seguro de Vida Colectivo Boston Compañía Argentina de Seguros

Póliza N°	Contratante:	Legajo N°
-----------	--------------	-----------

Asegurado Nuevo:  - Cambio de Designación:

**Asegurado Titular (Empleado)**

Apellido y Nombres

Fecha de Nacimiento / / Tipo y N° de Documento: (DNI) (LC) (LE) (CI)

Fecha Ingreso al Empleo / / Fecha Alta al Seguro / / Estado Civil

Padece Ud. alguna enfermedad? SI  - NO  - (\*)En caso afirmativo, indicar cuales.....

¿Asegura a su Cónyuge? SI  NO

**Datos del Cónyuge. Completar sólo si asegura a su cónyuge (El soltero deberá incluir al cónyuge dentro de los 60 días posteriores al matrimonio y si está su inclusión contemplada en la póliza)**

Se deja constancia que el beneficiario del Cónyuge es el titular en todos los casos.

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Fecha Nacimiento
		/ /

Padece su cónyuge alguna enfermedad? SI  - NO  - (\*)En caso afirmativo, indicar cuales.....

**Beneficiarios del Titular**

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Edad	Parentesco	%

**Beneficiario Contingente del Titular**

--	--	--	--	--

**Composición del grupo familiar (sin titular) - Completar únicamente en pólizas de Amparo Familiar**

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Fecha Nacimiento

- Certifico que toda la información contenida en el presente formulario es auténtica y me comprometo a actualizar la misma.
- Solicito ser incluido en el Seguro de Vida Colectivo, en un todo de acuerdo con las condiciones de póliza convenidas por el Contratante las cuales declaro conocer, dejando constancia de estar recibiendo una copia del presente formulario.
- Declaro conocer que el capital solicitado sólo se aprobará cuando se hayan cumplido los requisitos de suscripción definidos en el contrato.
- Autorizo a deducir de mis haberes el importe de las primas del seguro a mi cargo si así correspondiere.
- Los riesgos cubiertos, los capitales y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva, por lo que acepto expresamente la modificación del capital que se efectuare en un futuro, según se convenga entre el Contratante y la Aseguradora.
- Declaro encontrarme a la fecha sano y en Servicio Activo con concurrencia efectiva a mis tareas habituales, no ausente por enfermedad u otro motivo.
- Toda falsa declaración y/o reticencia hace nula la cobertura, según el Art. 5 de la Ley 17.418, Ley de Seguros. (\*)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota:** Todas las firmas deben ser originales

Original: Aseguradora - Duplicado: Tomador - Tercero: Asegurado