

SOLICITUD / ENDOSO DEL ASEGURADO ACTIVO PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE RETIRO I - II

IAPSER RETIRO

Póliza N°:

Certificado N°:

Señor presidente del I.A.P.S.E.R. SEGURO DE RETIRO S.A.

Solicito ser incluido / modificar a partir del _____ de _____ de 20 _____ en la Póliza de SEGURO COLECTIVO DE RETIRO I - II, contratada por: _____

Con tal motivo, proporciono la siguiente información:

I - DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres:			
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:		Estado Civil:
Documento: DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		N°:	Expedido por:
Domicilio Calle:		N°:	Piso: Dpto.:
Localidad:		Cód. Postal:	Provincia:
Teléfono:		E-mail:	
Profesión/Actividad principal:			
CUIL N°:			
Adjunta fotocopia del Documento de Identidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

II - EDAD PREVISTA PARA EL RETIRO

años

III - FECHA PREVISTA PARA EL RETIRO

de _____ de 20 _____

IV - BENEFICIARIO/S

Para el caso de mi fallecimiento antes de alcanzar la edad fijada para mi retiro, designo como beneficiario o heredero legal a:

Apellido y Nombres	Vínculo	Tipo y N° de Documento	CUIL	%

V - PERIODICIDAD PARA EL PAGO DE LAS RENTAS

VI - CARGO MENSUAL

VII - APORTE MENSUAL

El solicitante autoriza se debite mensualmente de sus haberes la cantidad de: \$ _____ (Pesos: _____).

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales de la póliza a la que me adhiero.

_____ de _____ de 20 _____.

Firma y aclaración del Productor

Firma y sello del Contratante



IAPSER SEGURO DE RETIRO S.A. - GRUPO DE EMPRESAS IAPSER



Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R. www.iapserseguros.com.ar



SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn

Atención al asegurado 0800-666-8400

N° de insc. en SSN 0437