

<b>Nº DE CLIENTE:</b>	<b>Nº de Subcuenta:</b>	<b>Fecha Integración:</b>
CUIT\CUIL\CDI:	Apellido y Nombre:	
DOMICILIO:	TELEFONO:	
LOCALIDAD:	CODIGO POSTAL.:	

**COSTO MENSUAL: \$ 28,00**

COBERTURA: **\$20.000,00 (PESOS VEINTE MIL)** A COMPUTAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

- HASTA **\$10.000,00 (PESOS DIEZ MIL)** PARA EL PRIMER SINIESTRO.
- HASTA **\$ 6.000,00 (PESOS SEIS MIL)** PARA EL SEGUNDO SINIESTRO.
- HASTA **\$ 4.000,00 (PESOS CUATRO MIL)** PARA EL TERCER SINIESTRO.

COBERTURA ADICIONAL SIN CARGO:

- POR PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DEL ROBO, POR UN CAPITAL ASEGURADO DE \$ 70.000,00 (PESOS SETENTA MIL)
- POR PÉRDIDA DE DOCUMENTACIÓN CUANDO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DEL ROBO POR UN CAPITAL ASEGURADO DE \$ 1.500,00 (PESOS MIL QUINIENTOS)

**LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO SON LAS ESTABLECIDAS POR LA POLIZA VIGENTE.**

..... FIRMA
Aclaración:..... .....
Lugar y Fecha: .....