MANDATO
PROPUESTA DE SEGURO DE ACCIDENTES
TRABAJADORES DOMESTICOS

A la Asociación de Trabajadores Auxiliares de Casas Particulares:

Quien suscribe _____, documento tipo _____,

Nº:_____, en mi carácter de Dador de Trabajo Domestico, encomiendo a Uds. La

Inclusión de mi Empleada/o, Doña/Don_____,

documento tipo_____, Nº:_____, en la Póliza Nº:_____, o la que en el futuro la reemplace o sustituya, aceptando las condiciones que me son impuestas como tomador del seguro de COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES, por parte de la compañía responsable de la cobertura, conociendo las condiciones contractuales y económicas de la misma, desestimando cualquier responsabilidad para el mandatario, ante la producción de algún siniestro, mas allá de su responsabilidad como mero productor o gestor, en cumplimiento del mandato que les encargo en este acto y mediante la suscripción de la presente nota.

_____
Firma del Empleador/a-Mandante

RIESGO A ASEGURAR	COBERTURA EN $	Prima no Afil $	Prima Afil.$
Muerte por Accidente ……..	$ 120.000.-		
Invalidez parcial y/o total permanente…….	$ 120.000.-		
Gastos de Asistencia Medica Farmacéutica..	$ 10.000.-		

ANTECEDENTES DE LAS PARTES:

Nombre de la Aseguradora: BBVA CONSOLIDAR SEGUROS S.A

Datos del Empleador:

NOMBRE Y APELLIDO:_____

DOCUMENTO, TIPO /Nº:_____

DOMICILIO LEGAL/LOCALIDAD/C.P.:_____

Datos del Asegurado:

NOMBRE Y APELLIDO:_____

CUIL Nº :_____FECHA DE NACIMIENTO:_____

DOMICILIO PARTICULAR:_____

DOMICILIO LABORAL:_____

Datos del/los Beneficiario/s, (para el caso de muerte)- Nombre, Apellido, Parentesco y Documento:

BENEFICIARIO 1:_____

BENEFICIARIO 2:_____

INFORME: Edad máxima de suscripción: 64 años. Edad limite de permanencia: al cumplir los 65 años.

---------- ----------
Firma del Empleado Asegurado **Firma del Empleador**