

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - SOLICITUD DEL SEGURO INDIVIDUAL

DATOS DEL TOMADOR:

- Nombre y Apellido o Razón Social:
- CUIT/CUIL: Póliza N°:

DATOS DEL ASEGURADO:

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

La presente solicitud se formula en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que correspondan de acuerdo al seguro solicitado, que declaramos conocer y aceptar en todas sus partes.

- Apellido y Nombre del Asegurable:
- Domicilio: Localidad:
- Provincia: C.P.:
- DNI/CUIL: Fecha de Nacimiento: / /
- Dirección de email: Teléfono:
- Ocupación:

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

ÁMBITO DE LA COBERTURA SOLICITADA: (marcar lo que corresponda)

- COBERTURA 24 HORAS
- COBERTURA HORARIO LABORAL Y TRAYECTO IN ITINERE
- COBERTURA HORARIO LABORAL EXCLUSIVAMENTE

DECLARACIONES:

1.

a) ¿Cuál es su profesión, industria u ocupación habitual?:

b) ¿Qué cargo desempeña? (Dueño, director, empleado, etc.):

c) ¿Trabaja mensualmente? SI / NO

Si lo hace con útiles mecánicos indíquelos, así como la fuerza motriz empleada:

d) ¿Posee ud. Obra Social o Medicina Prepaga? SI / NO

De responder en forma afirmativa, se solicita informar cual y que plan posee:

e) ¿Dirige Ud. trabajos? ¿Cuáles?

f) Además de la ocupación declarada arriba, ¿ejerce alguna otra o realiza trabajos manuales, o manipulaciones de sustancia conocidas como peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.?

2.

a) ¿Tiene, ha tenido o está tramitando otro u otros seguros de Accidentes Personales? SI / NO

b) ¿En qué compañía, por qué riesgos y por qué suma?

c) Si no están en vigencia ¿Por qué motivo dejaron de estarlo?

d) ¿Se le ha rechazado alguna solicitud de Seguro de Accidentes Personales en otra/s compañía/s? (Indíquese las causas y las Compañías)

3. ¿Desea cubrir, mediante las extraprimas correspondientes, algún o algunos de los siguientes riesgos adicionales?:

a) ¿La práctica de otros deportes que no sean los enumerados en las Condiciones Generales? (Indique cuáles)

- b) ¿El uso de motocicletas u otros vehículos similares? SI / NO
- c) ¿Ser pasajero en vuelo no regular? SI / NO
- d) ¿La práctica no profesional de deportes acuáticos? SI / NO
- e) ¿La práctica profesional de cualquier deporte? SI / NO
- f) ¿Los accidentes de tránsito? SI / NO
- g) ¿Los trabajos en altura? SI / NO

4. ¿En qué riesgos y por qué sumas desea asegurarse?:

COBERTURA	SI / NO	SUMA ASEGURADA
Muerte por enfermedad o accidente	-----	\$
Cláusula de Invalidez total y/o parcial permanente por accidente		\$
Cláusula de quemaduras graves- Cobertura taxativa		\$
Cláusula de reintegro de gastos por asistencia médica y farmacéutica ¹		\$
Cláusula de reintegro de gastos por provisión de prótesis y/u órtesis ²		\$
Cláusula de renta diaria por internación como consecuencia de accidente		\$
Cláusula para la incorporación de cónyuges o convivientes al seguro- Cobertura de fallecimiento		\$
Cláusula para la incorporación de cónyuges ³ o convivientes al seguro		\$

5. ¿Desea excluir la cobertura mientras desempeña sus tareas habituales? SI / NO

6. Beneficiario o beneficiarios para el caso de muerte:

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Documento	% u Orden Excluyente

7. ¿Declara ser zurdo? SI / NO

FORMA DE PAGO:

- Cheque
- Tarjeta de Crédito N°: Vto.: Cod. Seg.: Titular:
- CBU N°: Titular: CUIT:
- Otros medios de pago:

FACTURACIÓN: única - anual - mensual - trimestral - semestral (tachar lo que no corresponda)

CANTIDAD DE CUOTAS: (detallar)

¹ Para aquellos asegurados que posean Obra Social o Medicina Prepaga la cobertura operará por sobre los gastos cubiertos por la misma, incluyendo el importe no cubierto de medicamentos recetados.

² Para aquellos asegurados que posean Obra Social o Medicina Prepaga la cobertura operará por sobre los gastos cubiertos por la misma, incluyendo el importe no cubierto de prótesis u órtesis.

³ Ningún cónyuge podrá contar con más coberturas o una cobertura más aplica que la del Asegurado Titular.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:

Dejamos expresa constancia que el Asegurador podrá efectuar la entrega de la documentación relacionada con el presente seguro por los siguientes medios electrónicos:

- a) Página institucional de Internet del Asegurador: www.segurosgestion.com.ar
- b) Correo electrónico del asegurado y/o tomador:.....

Habiendo consignado correo electrónico dejamos expresa constancia de nuestra aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarnos por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro que por la presente solicitamos. El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

Artículo 5 de la Ley N° 17.418: "Toda Declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato"

IMPORTANTE: Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo: El Tomador asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

En _____ a los _____ días de _____ de 20__.

.....
Firma y aclaración del Asegurable

Productor:Nº: