

## **SEGURO DE VIDA ASOCIADOS - SOLICITUD INDIVIDUAL**

### **DATOS DEL TOMADOR:**

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

### **DATOS DEL ASEGURABLE:**

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

Los riesgos cubiertos, los capitales asegurados y demás condiciones del seguro serán los establecidos en el Certificado Individual, en un todo de acuerdo con las características del Asegurado.

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: .....

**ES USTED ZURDO ?** Si / No (tachar lo que no corresponda)

**HA CONTRATADO OTRO SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN OTRA COMPAÑÍA ?** Si / No (marcar lo que corresponda)

Detallar a continuación compañías y sumas aseguradas: .....

### **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR:**

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DEL TITULAR	PARENTESCO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	% BENEFICIO

**CONDICIONES DE ADHESIÓN - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD** (marcar lo que corresponda):

#### TITULARES

- Exclusión de Enfermedades Preexistentes
- Solicitud Individual - Declaración de Salud
- Carencia: por un plazo de ..... días

CÓNYUGES (en caso de corresponder - detallar a continuación):

.....

ADVERTENCIA: Se deja constancia de que no podrá aplicarse de manera conjunta requisitos de asegurabilidad, periodo de carencia y plazo de exclusión para enfermedades preexistentes

**CAPITALES ASEGURADOS - DEFINICIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO**
**TITULARES** (marcar lo que corresponda)

- Capital uniforme: \$ .....
- Por categorías: detallar a continuación
- Por rangos de edades: detallar a continuación
- Otros: aclarar a continuación, en **Observaciones**

Reducción del capital asegurado por edad alcanzada: SI / NO

Reducción del 50% a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que haya cumplido los ..... años de edad

**OBSERVACIONES** - Definición de capitales asegurados de Titulares (en caso de no estar definido precedentemente):

**RIESGOS CUBIERTOS PARA EL TITULAR**

COBERTURAS PARA EL TITULAR (marcar lo que corresponda)	EDAD INGRESO		EDAD MÁX. PERMANENCIA	CONDICIONES DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS
	Mínima	Máxima		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento				Exclusión enfermedades preexistentes: ..... meses
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente				Exclusión enfermedades preexistentes: ..... meses
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Accidente				
<input type="checkbox"/> Indemnización Adicional en caso de Fallecimiento por Accidente				
<input type="checkbox"/> Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente				
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Anticipo ..... % <input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %				Carencia: ..... meses
<input type="checkbox"/> Enfermedades Terminales <input type="checkbox"/> Anticipo ..... % <input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %				Carencia: ..... meses
<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación <input type="checkbox"/> Por Enfermedad o Accidente <input type="checkbox"/> Por Accidente				Importe de la Renta Diaria: \$ ..... Plazo de Espera: 5 días Plazo Máximo de Cobertura: 90 días
<input type="checkbox"/> Trasplantes Detalle de Trasplantes cubiertos: Médula - Hígado - Corazón - Pulmón - Pulmón/Corazón - Páncreas - Riñón - Córnea				Suma asegurada: \$ ..... Carencia: ..... meses

**SE CUBREN CÓNYUGES:** SI / NO - En caso de asegurar al cónyuge indicar:

Nombre y Apellido del Cónyuge: .....

Tipo y Nº de Documento: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....

Porcentaje de Suma Asegurada en relación al Titular: ..... %

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DEL CÓNYUGE	PARENTESCO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	% BENEFICIO

**RIESGOS CUBIERTOS PARA EL CÓNYUGE** (en caso de corresponder)

COBERTURAS PARA EL CÓNYUGE (marcar lo que corresponda)	EDAD INGRESO		EDAD MÁX. PERMANENCIA	CONDICIONES DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS
	Mínima	Máxima		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento				Exclusión enfermedades preexistentes: ..... meses
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente				Exclusión enfermedades preexistentes: ..... meses
<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Accidente				
<input type="checkbox"/> Indemnización Adicional en caso de Fallecimiento por Accidente				
<input type="checkbox"/> Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente				
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Anticipo ..... % <input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %				Carencia: ..... meses
<input type="checkbox"/> Enfermedades Terminales <input type="checkbox"/> Anticipo ..... % <input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %				Carencia: ..... meses
<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación <input type="checkbox"/> Por Enfermedad o Accidente <input type="checkbox"/> Por Accidente				Importe de la Renta Diaria: \$ ..... Plazo de Espera: 5 días Plazo Máximo de Cobertura: 90 días
<input type="checkbox"/> Trasplantes Detalle de Trasplantes cubiertos: Médula - Hígado - Corazón - Pulmón - Pulmón/Corazón - Páncreas - Riñón - Córnea				Suma asegurada: \$ ..... Carencia: ..... meses

Cobertura de Trasplantes

En caso de poseer la póliza dicha cobertura se deja constancia de que la incorporación del Asegurado a la presente cláusula será nula si, a la fecha de tal incorporación, el Asegurado se encontrare en algún tipo de Institución de Salud, con indicación médica de trasplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o en lista de espera para trasplantes en el I.N.C.U.C.A.I..

**OTROS** (en caso de corresponder):

**SE CUBREN HIJOS:** SI / NO - En caso afirmativo detallar:

COBERTURA PARA HIJOS (marcar lo que corresponda)	EDAD DE INGRESO		EDAD MÁX. PERMANENCIA	CONDICIONES DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS
	Mínima	Máxima		
Fallecimiento				Suma Asegurada: \$ ..... Carencia: ..... meses

**FORMA DE PAGO:**

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

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

**CUOTAS:** mensual - trimestral - semestral - anual (tachar lo que no corresponda)

**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 y la persona asegurable 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

Certifico la autenticidad de la firma y la veracidad de las declaraciones que anteceden como asimismo que el firmante integra el grupo asegurable.

.....  
SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA CONTRATANTE