

SEGURO DE VIDA COLECTIVO ASOCIADOS - SOLICITUD DEL CONTRATANTE

DATOS DEL TOMADOR:

- Nombre y Apellido o Razón Social:
- Domicilio: Localidad:
- Provincia: C.P.:
- CUIT/CUIL: Condición Frente al IVA:
- Dirección de email: Teléfono:
- Actividad: Fecha de nacimiento (personas físicas): / / 20.....

VIGENCIA DESDE: / / 20.....

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

ASEGURABLES (marcar lo que corresponda):

Vínculo de los titulares con el tomador:

- Titulares - Cantidad de asegurables:
- Cónyuge - Cantidad de asegurables:
- Hijos - Cantidad de asegurables:

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):

<u>Se cubren Cónyuges:</u> SI / NO En caso afirmativo: porcentaje de Suma Asegurada en relación al Titular: %	<u>Se cubren Hijos:</u> SI / NO En caso afirmativo: Suma Asegurada: \$
--	---

RIESGOS CUBIERTOS PARA EL TITULAR

COBERTURAS (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

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):

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

OTRAS CLÁUSULAS ADICIONALES (marcar lo que corresponda)

- Traspaso de Cartera
- Traspaso de Cartera – Suicidio
- Cláusula Adicional - Extensión de la cobertura como pasajero en vuelo no regular
- Cláusula Adicional Extensión de la cobertura a la práctica no profesional de deportes acuáticos.
- Cláusula Adicional Extensión de la Cobertura a la práctica no profesional de deportes de montaña
- Prima Cargo del Contratante y del Asegurado (detallar en **Observaciones**)
- Pago directo de Primas
- Reducción del Capital por Edad Alcanzada
- Cláusula Adicional de Exclusión de Enfermedades Preexistentes

OBSERVACIONES:

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)

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.

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.

MEDIOS DE PAGO HABILITADOS - Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía.

Artículo 1 - Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
- e) Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Artículo 2 - Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.

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 Contratante

Productor:N°: