

SEGURO DE VIDA - CONTINUIDAD ESCOLAR - 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:

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

Detallar a continuación compañías y sumas aseguradas:

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

El capital asegurado de cada padre será el equivalente a las cuotas de cada año que le reste cursar a su hijo hasta la finalización de sus estudios, más 1 (una) matrícula anual. Cuando una persona asegurada cuente con varios hijos cursando estudios en el Establecimiento, la Compañía se hará cargo de las indemnizaciones correspondientes a cada hijo, con un valor máximo a convenir. CAPITAL MÁXIMO POR PADRE ASEGURADO: \$

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 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente | | | | |

SE CUBRE CÓNYUGE DEL ASEGURADO: SI / NO - En caso de asegurar al cónyuge indicar:

Nombre y Apellido del Cónyuge:
 Tipo y N° de Documento: Fecha de Nacimiento: / /
 Porcentaje de Suma Asegurada en relación al Titular: %

| DETALLE DE HIJOS DEL ASEGURADO - APELLIDO Y NOMBRES | TIPO Y N° DE DOCUMENTO | NIVEL QUE CURSA |
|---|------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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