

SEGURO DE VIDA OPTATIVO EMPLEADOS - 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 por mi Empleador, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima.

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 en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad. 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

- Servicio Activo - Exclusión de Enfermedades Preexistentes
- Servicio Activo - 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)

- Múltiplo de sueldos - cantidad de sueldos mensuales:
- 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

OPCIÓN PARA JUBILADOS (en caso de corresponder) Se contrata esta opción: SI / NO (Marcar lo que corresponda)	En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> ● Reducción de suma asegurada vigente a la fecha de retiro: % ● a partir del día primero del mes que siga al momento en que el asegurado cumpla los años de edad.
--	--

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