

**SEGURO DE VIDA OPTATIVO EMPLEADOS - 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: empleados en relación de dependencia

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

**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):

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

**RIESGOS CUBIERTOS PARA EL TITULAR**

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

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

| COBERTURAS PARA EL CÓNYUGE<br>(marcar lo que corresponda)                                  | EDAD INGRESO |        | EDAD MÁX.<br>PERMANENCIA | CONDICIONES DE LAS COBERTURAS<br>SOLICITADAS         |
|--|--------------|--------|--------------------------|--|
|  | Mínima       | Máxima |                          |  |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento   |              |        |                          | Exclusión enfermedades preexistentes:<br>..... meses |
| <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por<br>Enfermedad o Accidente        |              |        |                          | Exclusión enfermedades preexistentes:<br>..... meses |
| <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por<br>Accidente                     |              |        |                          |  |
| <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional en caso de<br>Fallecimiento por Accidente |              |        |                          |  |
| <input type="checkbox"/> Invalidez Total o Parcial Permanente<br>por Accidente             |              |        |                          |  |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves<br><input type="checkbox"/> Anticipo ..... %<br><input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %                       |  |  |  | Carencia: ..... meses   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Terminales<br><input type="checkbox"/> Anticipo ..... %<br><input type="checkbox"/> Pago adicional ..... %                   |  |  |  | Carencia: ..... meses   |
| <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación<br><input type="checkbox"/> Por Enfermedad o Accidente<br><input type="checkbox"/> Por Accidente             |  |  |  | Importe de la Renta Diaria: \$ .....<br>Plazo de Espera: 5 días<br>Plazo Máximo de Cobertura: 90 días |
| <input type="checkbox"/> Trasplantes<br>Detalle de Trasplantes cubiertos: Médula -<br>Hígado - Corazón - Pulmón -<br>Pulmón/Corazón - Páncreas - Riñón -<br>Córnea |  |  |  | Suma asegurada: \$ .....<br>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<br>(marcar lo que corresponda) | EDAD DE INGRESO |        | EDAD MÁX. PERMANENCIA | CONDICIONES DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS         |
|---|-----------------|--------|-----------------------|---|
|   | Mínima          | Máxima |                       |   |
| Fallecimiento                                       |                 |        |                       | Suma Asegurada: \$ .....<br>Carencia: ..... meses |

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

|   |
|---|
| <p><b>OTRAS CLÁUSULAS ADICIONALES</b> (marcar lo que corresponda)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Traspaso de Cartera</li> <li><input type="checkbox"/> Traspaso de Cartera – Suicidio</li> <li><input type="checkbox"/> Cláusula Adicional - Extensión de la cobertura como pasajero en vuelo no regular</li> <li><input type="checkbox"/> Cláusula Adicional Extensión de la cobertura a la práctica no profesional de deportes acuáticos.</li> <li><input type="checkbox"/> Cláusula Adicional Extensión de la Cobertura a la práctica no profesional de deportes de montaña</li> <li><input type="checkbox"/> Prima Cargo del Contratante y del Asegurado</li> <li><input type="checkbox"/> Reducción del Capital por Edad Alcanzada</li> <li><input type="checkbox"/> Cláusula Adicional de Exclusión de Enfermedades Preexistentes</li> </ul> <p>OBSERVACIONES:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|---|

**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°: .....