



SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLICITANTE TITULAR

Solicito mi incorporación al seguro Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: INST. SEG. SOCIAL Y SEGUROS CHUBUT CUIT: 30-999222907-7

Domicilio: BERNARDINO RIVADAVIA 430 - RAWSON - (U9103AND) - CHUBUT

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 22 Ramo: 800 N° de Póliza: 5290-9995453-01 Fecha de ingreso al empleo: _____

Vínculo con el tomador: _____ Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Legajo N°: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Civil CUIL/CUIT: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ CP: _____ Prov.: _____ Cód Área: _____ Tel Part.: _____

Tel Celular: _____ E-mail: _____

¿Es zurdo? Si No Nacionalidad: Argentina Extranjera _____

Dejo autorizado para que desde el momento en que el asegurador acepte esta solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurador, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en el certificado de incorporación individual.

Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	%Benef	Nacimiento
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Coberturas Solicitadas

Coberturas Titular	Suma a Asegurar
Muerte	\$25.000.-

Endoso de incremento automático anual de capitales asegurados

Tipo de ajuste: _____

Observaciones/Rectificación de datos _____

DECLARACIÓN JURADA: Declaro que:

1 - Sufro o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento medico por las mismas:

Deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. Enfermedades psiquiátricas.

Titular SI NO

Observaciones (completar en caso de contestar SI).....

2 - Recibí indemnización por invalidez o estoy y/o he estado en tratamiento médico y/o internado en los últimos tres años:

Titular SI NO

En tanto y en cuanto las respuestas a las preguntas 1 y 2 sean NO y NO respectivamente, y no deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro se considerará aceptada por el Asegurador y comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al del primer mes de descuento, siempre que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones para su emisión y el Tomador efectúe oportunamente el respectivo pago de primas. Asimismo se deja establecido que el Asegurador podrá solicitar datos complementarios y/o nuevas Declaraciones de Salud.

Cuando la respuesta a la pregunta 1 o 2 sean SI indistintamente, o no se haya completado la Declaración Jurada precedente, y/o deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro sólo se considerará aceptada cuando el Asegurador se expida en tal sentido. Hasta tanto el Asegurador no se expida, no habrá cobertura del seguro ni corresponderá descuento de primas.

Transcurrido 90 (noventa) días desde la presentación de la presente solicitud sin que se hubiera aceptado expresamente, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Declaro que he asentado las contestaciones consignadas en este formulario y las considero verídicas, precisas y completas. Autorizo, con relación a este seguro, a los médicos que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conozcan sobre mi salud o las enfermedades padecidas por mí y a realizar los exámenes médicos y/o prácticas en cuanto se relacionen con el seguro solicitado.

Declaro conocer que: el Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 establece que "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."

De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Actividad Aseguradora (punto 25.2.2), presto conformidad para que la entrega de toda documentación vinculada con el presente seguro y sus renovaciones (pólizas, propuestas de renovación, endosos, certificados de cobertura, constancias de coberturas e informes sobre el estado de la póliza y/o certificados), sea efectuada por medio electrónico a la dirección de correo electrónico por mi consignada en el presente formulario, registrada, u otra que la reemplace, previa comunicación a esa aseguradora. SI NO

La información proporcionada en esta solicitud implica la prestación del consentimiento expreso dispuesto por la Ley 25.326. Conozco y acepto que como titular de los datos podré ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los mismos y acepto que la información que otorgo podrá ser utilizada para acciones de marketing directo.

La información será archivada en Caja de Seguros S.A. sita en Fitz Roy 957 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultar vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

Conozco y acepto que cualquier modificación contractual que afecte la cobertura de la póliza, será comunicada a los asegurados por el Tomador.

Recibo en este acto folleto de la Aseguradora con información de las coberturas y datos útiles relacionados con el Seguro, sin perjuicio de la facultad de Caja de Seguros S.A. de rechazar esta solicitud.

Me notifico que, en caso de aceptación de esta solicitud por parte de la Aseguradora, puedo obtener el Certificado de Incorporación, solicitándolo al Tomador.

Recibo en este acto folleto de la Aseguradora con información de las coberturas y datos útiles relacionados con el Seguro, sin perjuicio de la facultad de Caja de Seguros S.A. de rechazar esta solicitud.

Acepto obtener mi Certificado Individual de Incorporación a través del sitio www.lacaja.com.ar procediendo a su descarga una vez por año de vigencia de la póliza colectiva o ante cada actualización de condiciones contractuales pactadas con el Tomador. (Reglamento General de la Actividad Aseguradora - artículo 25.2.2.). En caso de tener algún inconveniente para la obtención del certificado por la vía mencionada estoy debidamente informado de contactarme con el servicio de Atención al Cliente a través de la línea única 0810-555-2252 o vía e-mail a atencioncliente@lacaja.com.ar SI NO

Siniestros

Importante: Plazos para solicitar beneficios: un año a partir de la fecha de la ocurrencia del siniestro cubierto.

Ante el fallecimiento de un Asegurado incluido en la póliza, los beneficiarios deberán acercarse al departamento de Personal de Tomador, junto con la respectiva documentación de defunción expedida por el Registro Civil donde se inscribió la misma. El Tomador de la póliza realizará la denuncia de siniestro ante la Compañía Aseguradora: Caja de Seguros S.A.

**Ante cualquier consulta, Ud. Puede comunicarse al siguiente teléfono
0810-444-0107 desde interior al costo de una llamada local.
Horario de Atención: Lunes a Viernes en el horario de 10.00 hs. A 17.00 hs.**

Lugar y Fecha

Firma y/o Nombre del Cónyuge o Conviviente

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante /asegurado titular y que dicho firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha

Firma del Tomador

Lugar y Fecha

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

SOLO PARA USO INTERNO

ENCUESTADOR	DEPENDENCIA	RIESGO	CÓD. ADICIONAL	REG. MES