CAJA DE SEGUROS S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO / SEPELIO

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION AL SEGURO Y/O DE ACTUALIZACION DE DATOS PASIVOS

LA CAJA de ahorro y seguro

Solicitud N° _____ Sucursal _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: INST. de SEGURIDAD SOCIAL y SEGUROS del CHUBUT Domicilio: Rivadavia 430 - Rawson - Chubut

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Solicito Mi incorporación al seguro ☐ La actualización de datos ☐

A S.V.C. Obligatorio Ley XXII-4 N° Póliza 5290-9995353-01 Múltiplo de Sueldos ☐ Capital Uniforme ☐ Escala de Capitales ☐

B Sec ____ Ramo ____ N° Póliza 5290 9995344 01 Múltiplo de Sueldos ☐ Capital Uniforme ☐ Escala de Capitales ☐

C Sec ____ Ramo ____ N° Póliza ____ Múltiplo de Sueldos ☐ Capital Uniforme ☐ Escala de Capitales ☐

Tipo de Documento DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____

Apellido _____ Nombres _____

Fecha de Nacimiento / / Sexo F ☐ M ☐ Legajo N° _____

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Civil ☐

Domicilio Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto. _____ C.P. _____

Localidad _____ Prov. _____ Cód. Área _____ Tel. _____

Fecha de ingreso al empleo / Vínculo con el tomador / /

¿Es zurdo? SI ☐ NO ☐ Nacionalidad Argentina ☐ Extranjera ☐

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la presente 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.

SVC - Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Pólizas (*) A	B	C	Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	% Benef.	F. de nac.

(*) Indicar con una "x" en cada casillero la póliza a la que se asigna cada beneficiario. En caso que el solicitante/asegurado no discrimine para cada póliza (A, B y C), los mismos serán considerados designados para todas las pólizas.

Cónyuge / Conviviente del Asegurado / Solicitante Titular

Solicito Mi incorporación al seguro ☐ La actualización de datos ☐

Apellido y nombres _____ Fecha de nac. / / Sexo F ☐ M ☐

Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____ Nacionalidad Arg. ☐ Ext. ☐

¿Es zurdo? SI ☐ NO ☐

A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge / conviviente, el Domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular.
En el caso de incorporarse como asegurado al cónyuge / conviviente, el beneficiario del seguro será el titular.

Seguro de Sepelio Colectivo Ley XXII-5

Solicito Mi incorporación al seguro ☐ La actualización de datos ☐

Gastos de Sepelio ☐ N° de Póliza 5290-9620088-01 Servicio de Sepelio ☐ N° de Póliza _____

Datos del Grupo Familiar Primario (completar sólo en caso de solicitar alguna de estas coberturas)

Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	F. de nac.

En caso de fallecimiento de algún integrante del Grupo Familiar Primario, el beneficiario será el titular.

Seguro de Sepelio Colectivo - Beneficiario del Solicitante Titular (completar sólo para Gastos de Sepelio)

Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	% Benef.	F. de nac.

Observaciones / Rectificación de datos

DECLARACION JURADA: "Declaro que:

1- Estoy en perfectas condiciones de salud, plenamente apto para desarrollar cualquier actividad, no poseo deficiencias de órganos, miembros o sentidos:
Titular SI ☐ NO ☐ Cónyuge / Conviviente SI ☐ NO ☐

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 ☐ Cónyuge / Conviviente SI ☐ NO ☐

En tanto y en cuanto las respuestas a las preguntas 1. y 2. sean SI 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 prima.** Asimismo se deja establecido que el Asegurador podrá solicitar datos complementarios y/o nuevas Declaraciones de Salud. Cuando las respuestas a las preguntas 1. y 2., sean NO o SI, respectivamente, o no se haya/n completado, y 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 hay cobertura del seguro ni corresponderá descuento de primas. Transcurridos 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, aún 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". En caso de encontrarse en período de embarazo, tanto el solicitante titular como su cónyuge / conviviente, deberán informar tal condición.

Lugar y Fecha	Firma del Cónyuge / Conviviente Suscribo de conformidad y declaro bajo juramento, la autenticidad de la firma de mi cónyuge / conviviente, puesta en mi presencia.
Lugar y Fecha	Firma del Solicitante / Asegurado Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante/asegurado titular, como así mismo 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.

El asegurado podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12,30hs a 18.30hs. Podrá consultar vía Internet a la siguiente dirección http: www.ssn.gov.ar
El N° de Certificado será comunicado luego de la aprobación de la solicitud.
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.

F.3936/01 - Personalizado Chubut Pasivos - 5.000 - 06-2009 Original: Blanco - Duplicado Rosa - Triplicado: Amarillo