

Formulario N°: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLICITANTE TITULAR**

Solicito mi incorporación al seguro  Solicito la actualización de datos (solo para asegurados ya incluidos en la póliza)

Solicitud N°: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TOMADOR**

Nombre / Razon Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO**

Secc: \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ N° de Poliza: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Cod Area: \_\_\_\_\_ Tel Part: \_\_\_\_\_

Tel Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

¿Es surdo? 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	Tipo y N° de Doc	% de Benef	Fecha de Nacimiento

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

**COBERTURAS SOLICITADAS: VER ANEXO 1 - COBERTURAS**

Observaciones/Rectificación de datos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

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 efectuó 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. "

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

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.

**Declaro conocer y aceptar:**

- 1 - Que cualquier modificación contractual que afecte la cobertura de la póliza, será comunicada a los asegurados por el Tomador.
- 2 - Acepto que sólo podrá asegurarse un conviviente a la vez, y que esta cobertura es excluyente de la del cónyuge, y viceversa.
- 3 - No se permite el aseguramiento recíproco de titular y cónyuge en la misma póliza, en tal supuesto cada uno podrá estar asegurado únicamente como titular.

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**

Solicito que la documentación referida a mi póliza me sea entregada por medios electrónicos. Asimismo, solicito y presto conformidad para que todo intercambio de comunicación y/o notificación relacionada con mi seguro sea efectuada vía e-mail, y/o a través de cualquier otro medio electrónico (Ej: Chat online, App Móvil, o Whatsapp).

Tomo conocimiento y acepto que podré obtener mi certificado individual de incorporación ingresando a [www.lacaja.com.ar/documentacion](http://www.lacaja.com.ar/documentacion) o desde mi celular descargando la aplicación [www.lacaja.com.ar/movil](http://www.lacaja.com.ar/movil). En caso de tener algún inconveniente para la obtención del certificado por la vía mencionada, estoy debidamente informado que podré solicitarlo al teléfono 0810-555-2252 o vía e-mail a [atencionalcliente@lacaja.com.ar](mailto:atencionalcliente@lacaja.com.ar)

**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 del 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.**

**FIRMAS**

Firmar solo en caso que la solicitud sea impresa. En cambio, si envía la solicitud por mail desde su correo electrónico laboral, completar el campo correspondiente con su nombre y apellido.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y/o nombre 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	COD. ADICIONAL	REG. MES