



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 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 | 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 efectué 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.



## ANEXO 1 - COBERTURAS

### SEGURO DE VIDA COLECTIVO – CAPITAL UNIFORME

#### Coberturas Titulares

- **Muerte.** Con cobertura hasta cumplir 80 años.

#### Capital Asegurado Titulares

Capital Uniforme \$ 125.000.-

Costo mensual por asegurado: \$2,00 (dos pesos) por cada mil pesos de suma asegurada.

#### Requisitos de Asegurabilidad

Servicio activo y edad máxima de ingreso 79 años inclusive.

PARA ASESORAMIENTO O SOPORTE COMUNICARSE AL 0810-555-7348.

EN CASO DE SINIESTROS, LOS BENEFICIARIOS DEBERÁN DIRIGIRSE AL TOMADOR, QUIEN ARBITRARÁ LOS MEDIOS PARA GENERAR LA DENUNCIA ANTE LA ASEGURADORA, O PODRÁN COMUNICARSE CON CAJA DE SEGUROS S.A. – SUCURSAL TRELEW AL (0280) 4434002 / 4436294 / 4432258 / 4435117 O A [suctrelew@lacaja.com.ar](mailto:suctrelew@lacaja.com.ar)

SEGUROS EMITIDOS POR CAJA DE SEGUROS S.A. FITZ ROY 957 (C1414CHI), ARGENTINA. 30-66320562-1 Y SE RIGEN SEGÚN LAS CONDICIONES DE PÓLIZA CONTRATADA POR EL "INST. SEG. SOCIAL Y SEG., CHUBUT", EN SU CARÁCTER DE TOMADOR. CONSULTE ACERCA DE LAS COBERTURAS, SUS LÍMITES Y CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN.