



Completarlo digitalmente
Escaneá el código

Seguro de vida colectivo — Solicitud del titular y adicionales

Tomador: Instituto de Seguridad Social y Seguros de la provincia del Chubut

☐ Obligatorio ☐ Familiar ☐ Facultativo

DATOS DEL TITULAR

¿Qué trámite es?

☐ Incorporación al seguro ☐ Actualización de datos (ya está en la póliza)

Tipo de documento

☐ DNI ☐ Libreta Cívica ☐ Libreta de Enrolamiento ☐ Pasaporte

Número de documento

Apellido y nombre

Fecha de nacimiento

Género

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X

Nacionalidad

☐ Argentina ☐ Extranjera

CUIL / CUIT

Estado civil

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión civil

¿Es zurdo/a?

☐ Sí ☐ No

Vínculo con el tomador

Legajo N°

Fecha de ingreso al empleo (opcional)

Domicilio

Piso / Depto (opcional)

Localidad

Código postal

Teléfono celular

Email

Descuento de la prima

☐ Autorizo a que, desde que el asegurador acepte esta solicitud, se deduzca de mi retribución mensual el importe de los premios del seguro, según lo acordado entre el Tomador y el Asegurador.

BENEFICIARIOS DEL TITULAR

Documento	Apellido y nombre	Fecha nac.	CUIL/CUIT	Domicilio	Vínculo	Otro vínculo	% de benef.

CÓNYUGE O CONVIVIENTE

¿Se incorpora al cónyuge o conviviente?

☐ Sí ☐ No

Apellido y nombre

Tipo de documento

☐ DNI ☐ Libreta Cívica ☐ Libreta de Enrolamiento ☐ Pasaporte

Número de documento

Fecha de nacimiento

Género

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X

Nacionalidad

☐ Argentina ☐ Extranjera

¿Es zurdo/a?

☐ Sí ☐ No

Teléfono celular (opcional)

Email

HIJOS

¿Se incorporan hijos?

☐ Sí ☐ No

Apellido y nombre

Documento

Parentesco

Fecha nac.

DECLARACIÓN DE SALUD

¿El titular sufre o sufrió alguna de estas dolencias, o recibió tratamiento por ellas?

☐ Sí ☐ No

Detallar cuál

¿Recibió indemnización por invalidez, o estuvo en tratamiento médico o internado en los últimos tres años?

☐ Sí ☐ No

Detallar cuál

¿Y el cónyuge o conviviente sufre o sufrió alguna de esas dolencias?

☐ Sí ☐ No

Detallar cuál

¿Recibió indemnización por invalidez, o estuvo en tratamiento médico o internado en los últimos tres años?

☐ Sí ☐ No

Detallar cuál

OBSERVACIONES

Observaciones / rectificación de datos (opcional)

ACCESO A CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

Una vez completada la presente solicitud, el Tomador notificará a Woranz Compañía de Seguros S.A. la presente solicitud de incorporación a la póliza. Una vez incorporado, el asegurado podrá acceder a su certificado individual de cobertura ingresando a certificados.woranz.com o solicitándolo en woranz.com.

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: Woranz Compañía de Seguros S.A. Ante cualquier consulta, Ud. puede comunicarse al siguiente teléfono: 0800 266 4240. Horario de Atención: Lunes a Viernes en el horario de 10.00 hs. a 17.00 hs.

ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

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 Woranz Compañía de Seguros S.A. sita en Rivadavia 611, piso 5, 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.

Lugar y fecha.

Firma y aclaración del solicitante