El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12:30 a 18:30. 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.

F. 4030 - Para el tomador

CAJA DE SEGUROS S.A.

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION DEL CONYUGE/CONVIVIENTE DEL ASEGURADO TITULAR

Solicitud Nº | _____ Seguro de Vida Colectivo | Nº Póliza

Tomador | Prefectura Naval Argentina Domicilio | _____

Solicitante Titular/ Asegurado

Tipo de Documento DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Apellido y Nombres _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento / / | Sexo F ☐ M ☐ | Legajo Nº _ _ _ _ _ _

Cónyuge/Conviviente

Apellido y Nombres _____

Sexo F ☐ M ☐ | Nac. Arg. ☐ Ext. ☐ | Es zurdo? Si ☐ No ☐ | Fecha de Nac. / /

Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

El asegurado titular deja autorizado al tomador para que desde el momento en que el asegurador acepte la presente solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de su retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que se solicita conforme a las condiciones acordadas entre el Tomador y la aseguradora, que declara conocer y aceptar, y cuyas principales condiciones se consignan en el certificado de incorporación individual. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge/ conviviente, el domicilio será el declarado por el solicitante/ asegurado titular. El beneficiario del cónyuge / conviviente asegurado será el asegurado titular.

....

Firma del Asegurado | Lugar y fecha | Firma y sello del Tomador

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12:30 a 18:30. 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.

F. 4030 - Para el asegurado

CAJA DE SEGUROS S.A.

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION DEL CONYUGE/CONVIVIENTE DEL ASEGURADO TITULAR

Solicitud Nº | _____ Seguro de Vida Colectivo | Nº Póliza

Tomador | Prefectura Naval Argentina Domicilio | _____

Solicitante Titular/ Asegurado

Tipo de Documento DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Apellido y Nombres _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento / / | Sexo F ☐ M ☐ | Legajo Nº _ _ _ _ _ _

Cónyuge/Conviviente

Apellido y Nombres _____

Sexo F ☐ M ☐ | Nac. Arg. ☐ Ext. ☐ | Es zurdo? Si ☐ No ☐ | Fecha de Nac. / /

Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

El asegurado titular deja autorizado al tomador para que desde el momento en que el asegurador acepte la presente solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de su retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que se solicita conforme a las condiciones acordadas entre el Tomador y la aseguradora, que declara conocer y aceptar, y cuyas principales condiciones se consignan en el certificado de incorporación individual. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge/ conviviente, el domicilio será el declarado por el solicitante/ asegurado titular. El beneficiario del cónyuge / conviviente asegurado será el asegurado titular.

....

Firma del Asegurado | Lugar y fecha | Firma y sello del Tomador

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12:30 a 18:30. 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.

F. 4030 - Para Caja de Seguros S.A. - Frente

CAJA DE SEGUROS S.A.

SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACION DEL CONYUGE/CONVIVIENTE DEL ASEGURADO TITULAR

Solicitud Nº | _____ Seguro de Vida Colectivo | Nº Póliza

Tomador | Prefectura Naval Argentina Domicilio | _____

Solicitante Titular/ Asegurado

Tipo de Documento DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Apellido y Nombres _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento / / | Sexo F ☐ M ☐ | Legajo Nº _ _ _ _ _ _

Cónyuge/Conviviente

Apellido y Nombres _____

Sexo F ☐ M ☐ | Nac. Arg. ☐ Ext. ☐ | Es zurdo? Si ☐ No ☐ | Fecha de Nac. / /

Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ Nº _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

El asegurado titular deja autorizado al tomador para que desde el momento en que el asegurador acepte la presente solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de su retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que se solicita conforme a las condiciones acordadas entre el Tomador y la aseguradora, que declara conocer y aceptar, y cuyas principales condiciones se consignan en el certificado de incorporación individual. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge/ conviviente, el domicilio será el declarado por el solicitante/ asegurado titular. El beneficiario del cónyuge / conviviente asegurado será el asegurado titular.

....

Firma del Asegurado | Lugar y fecha | Firma y sello del Tomador

1) Estoy en perfectas condiciones de salud, plenamente apto para desarrollar cualquier actividad, no poseo deficiencias de órganos, miembros o sentidos

Si ☐ **No** ☐

2) Recibí indemnización por invalidez o estoy en tratamiento medico y/o internado en los últimos tres años

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 de mes siguiente al primer 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 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 solo se considerara 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 mi y a realizar exámenes médicos y/o practicas en cuanto se relacionen con el seguro solicitado. Declaro conocer que: el art.5 de la Ley de Seguros nº 17.418 establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas en 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 periodo de embarazo deberé informar tal condición.

F. 4030 - Para Caja de Seguros S.A. - Dorso

.....	.....	.....
Firma del Cónyuge/Conviviente	**Lugar y fecha**	**Firma y sello del Tomador**