



horizonte
seguros

CAJA DE SEGUROS S.A.
CUIT 30-66320562-1 ING. BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957
C1414CHI - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
TEL.: 0810-555-2252 - WWW.LACAJA.COM.AR



**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES - SOLICITUD INDIVIDUAL
SOLICITANTES TITULAR Y CÓNYUGE/CONVIVIENTE**

Solicito mi incorporación al seguro

Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____

Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: _____

CUIT: _____

Domicilio: _____

Seguro de Accidentes Personales – Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 11

Ramo: 112

N° de Póliza: _____

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.: _____

Cód Área: _____

Tel Part.: _____

Tel Celular: _____

E-mail: _____

¿Es zurdo? Si No

Nacionalidad: Argentina Extranjera

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la 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 Asegurado, 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. | %Benef | Nacimiento |
|-------------------|-------------------|--------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |

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

Cónyuge / Conviviente del solicitante Titular / Asegurado

Solicito mi incorporación al seguro

Solicito la actualización de datos

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo F M

¿Es zurdo? Si No

Nacionalidad: Argentina Extranjera

Tel Celular: _____

E-mail: _____

Cuando el cónyuge conviviente revista carácter de asegurable por estar vinculado con el tomador, solo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge / conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge / conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

Beneficiarios del Cónyuge / Conviviente del solicitante Titular / Asegurado

| Apellido y Nombre | Tipo y N° de Doc. | %Benef | Nacimiento |
|-------------------|-------------------|--------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |
| _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ |

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

Coberturas Solicitadas

| Coberturas Titular | Suma a Asegurar |
|---|-----------------|
| MUERTE ACCIDENTAL | \$600.000.- (1) |
| MUERTE ACCIDENTAL EN TRÁNSITO | \$600.000.- (1) |
| INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | \$600.000.- |
| RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE | \$1.500.- (2) |
| ADICIONAL RENTA DIARIA TERAPIA INTENSIVA | \$1.500.- (2) |
| ADICIONAL RENTA DIARIA CONVALECENCIA DOMICILIARIA | \$750.- (2) |
| Coberturas Cónyuge/Conviviente | Suma a Asegurar |
| MUERTE ACCIDENTAL | \$600.000.- (1) |
| MUERTE ACCIDENTAL EN TRÁNSITO | \$600.000.- (1) |
| INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | \$600.000.- |
| RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE | \$1.500.- (2) |
| ADICIONAL RENTA DIARIA TERAPIA INTENSIVA | \$1.500.- (2) |
| ADICIONAL RENTA DIARIA CONVALECENCIA DOMICILIARIA | \$750.- (2) |

(1) Con cobertura hasta cumplir los 70 años, el resto de las coberturas finalizan al cumplir los 65 años.

(2) Limitándose a un tiempo máximo de cobertura de 100 días y un plazo de espera de 3 días.

Edad máxima de ingreso hasta los 64 años de edad inclusive

