



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 SEPELIO - REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO
SOLICITUD INDIVIDUAL - GRUPO FAMILIAR PRIMARIO**

Solicito mi incorporación al seguro

Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____

Sucursal: _____

Solicito a Caja de Seguros SA (La Caja) ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio – Prestacional por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con La Caja a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: _____

CUIT: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Prov.: _____

C.P.: _____

E-mail: _____

Teléfono N°: _____

Condición IVA: _____

Actividad: _____

Seguro Colectivo de Sepelio - Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 22

Ramo: 822

N° de Póliza: _____

Fecha de ingreso al empleo: _____

Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____

Legajo N°: _____

CUIL/CUIT: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____

Sexo: F M

Estado Civil: Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión Civil

Domicilio: _____

N°: _____

Piso: _____

Dpto.: _____

Localidad: _____

CP: _____

Prov.: _____

Cód Área: _____

Tel Part.: _____

Tel Celular: _____

E-mail: _____

Nacionalidad: Argentina

Extranjera

Condición IVA: _____

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

Datos del Grupo Familiar Asegurable

Apellido y Nombre	Parentesco con el asegurado titular	Tipo y N° de Doc.	Nacimiento
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	_____	____ / ____ / ____

Coberturas solicitadas

Cobertura

Reintegro de Gastos de Sepelio

Artículo 5 de la Ley de Seguros N° 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún 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."

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora.

En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

IMPORTANTE: Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:

El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

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.

Recibo en este acto folleto de la Aseguradora con información de las coberturas y datos útiles relacionados con el Seguro, sin perjuicio de la facultad de Caja de Seguros S.A. de rechazar esta solicitud.

Solicito que la documentación referida a mi póliza me sea entregada por medios electrónicos.

Tomo conocimiento y acepto que podré obtener mi certificado individual de incorporación ingresando a www.lacaja.com.ar/documentacion o desde mi celular descargando la aplicación 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

Siniestros

Importante: Plazos para solicitar beneficios: un año a partir de la fecha de la ocurrencia del siniestro cubierto.

En caso de fallecimiento de un Asegurado por cualquier causa, se procederá al reintegro del Gasto ocasionado por el Sepelio, hasta la concurrencia de la suma asegurada detallada en la póliza.

Los parientes y/o personas más allegadas o herederos legales del Asegurado fallecido, 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 y la factura original abonada por el Servicio de Sepelio. 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 el interior al costo de una llamada local.
Horario de Atención: Lunes a Viernes en el horario de 10.00 hs. a 17.00 hs.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante/asegurado titular, como así mismo 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 SA

SOLO PARA USO INTERNO

ENCUESTADOR	DEPENDENCIA	RIESGO	CÓD. ADICIONAL	REG. MES