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

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLICITANTE TITULAR Y CÓNYUGE/CONVIVIENTE

Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualizacion de datos ☐

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razon Social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 22 Ramo: 800 N° de Poliza: _____ Fecha de ingreso al empleo: _____

Vinculo 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	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	% de 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	(1) (5)
INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE	(1)
MUERTE Y PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES POR ACCIDENTE TAXATIVA	(1)
ENFERMEDADES TERMINALES	(4)
TRASPLANTE DE ÓRGANOS	(3)

Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
MUERTE	(2)
MUERTE Y PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES POR ACCIDENTE TAXATIVA	(2)

(1)- Capital asegurado: Múltiplo de 25 sueldos. Capital mínimo: $150.000.- Capital Máximo: $2.000.000.-
(2)- Capital asegurado: 100% del capital asegurado del titular.
(3)- Cubre al Titular y Grupo Familiar Primario. Capitales asegurados: médula $100.000, hígado $100.000, corazón $85.000, pulmón $85.000, pulmón/corazón $100.000, páncreas $85.000 y riñón $35.000.-
(4)- Enfermedades Terminales: adelanto del 50% del capital asegurado con un capital máximo de $1.000.000.-
(5)- Opción Mayores
Desde los 65 y hasta cumplir los 70 años. Capital asegurado: se reduce al 40% del vigente a los 64 años. Capital Máximo: $250.000.-
Desde los 70 y hasta cumplir los 75 años. Capital asegurado: se reduce al 20% del vigente a los 64 años. Capital Máximo: $125.000.-

Endoso de incremento automático anual de capitales asegurados

Tipo de Ajuste: ----------

Observaciones/Rectificación de datos: _____

DECLARACIÓN JURADA: Declaro que:

1 – Sufro o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento medico por las mismas:
Titular Si ☐ No ☐ Conyuge/Conviviente Si ☐ No ☐
Observaciones (completar en caso de contestar SI).....

F-4279 - SVC (MS) - GRUPO GOBIERNO DE TIERRA DEL FUEGO - 04.2019

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 ☐ Conyuge/Conviviente 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. "

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.

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.

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 atencióncliente@lacaja.com.ar ☐

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: Caja de Seguros S.A.

Ante cualquier consulta, Ud. puede comunicarse al siguiente teléfono
0810-444-0107 desde 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 y/o nombre del Cónyuge / Conviviente

Lugar y fecha — Firma y/o nombre del Solicitante / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante /asegurado titular y 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 S.A.

SOLO PARA USO INTERNO

ENCUESTADOR	DEPENDENCIA	RIESGO	COD. ADICIONAL	REG. MES