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 De VIDA COLECTIVO Solicito mi incorporación al seguro	- SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLIC Solicito la actualización		
Solicitud N°:	Sucursal:	de datos	
Datos del Tomador			
Nombre / Razón Social:		CU	IT:
Domicilio:			
Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / /	Asegurado		
Secc: 22 Ramo: 800 Nº de Póliza:	Fecha de ingreso a	al empleo	
Vínculo con el tomador:	Tipo y N° de Doc. DNI/LE	E/LC:	
Apellido y Nombre:			
	(o: F M Legajo Nº: Le		
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado \(\)\			
Domicilio:	N°:		so: Dpto.:
	Prov.: Cód Área:	Те	l Part.:
Tel Celular: E-mail: No.	ontino C. Eutropioro C.		
Deio autorizado para que desde el momento en que el asegurador ace	entina	educir de mi ı	retribución mensual el
importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito co conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan er	onforme las condiciones acordadas entre el Toma	ador y el Ase	gurador, que declaro
Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado	0		
Apellido y Nombre	Tipo y Nº de Doc.	%Ben	ef Nacimiento
	<u> </u>	<u> </u>	
			1 1
L Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende o	gue el honoficio de nor partes iguales		
Coberturas Solicitadas	que el berlelició es por partes iguales		
Coberturas 3	Titular		Suma a Asegurar
MUERTE			\$ 120.000
INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL PERMANENTE E I			\$ 120.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PARCIAL PERMANENT	E POR ACCIDENTE - TAXATIVA		\$ 120.000
MUERTE ACCIDENTAL Endoso de incremento automático anual de cap	oitales asegurados		\$ 120.000
Tipo de ajuste:			
Observaciones/Rectificación de datos			
DECLARACIÓN JURADA: Declaro que: 1 – Sufro o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o	recihí tratamiento medico nor las mismas:		
Deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular:	: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensiór		piratorio. Cáncer. Sistema nervioso
epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Titular SI NO		·	
Observaciones (completar en caso de contestar SI)			
Titular SI ☐ NO ☐ En tanto y en cuanto las respuestas a las preguntas 1 y 2 sean NO y	•		asegurahilidad la presente Solicitu
de Incorporación al Seguro se considerará aceptada por el Asegurador	r y comenzará a regir a partir del primer día del mes	siguiente al c	el primer mes de descuento, siempre
que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza oportunamente el respectivo pago de primas. Asimismo se deja establec			
Cuando la respuesta a la pregunta 1 o 2 sean SI indistintamente, o no se	hava completado la Declaración Jurada precedente	v/o deban o	umplirse otros requisitos de asegura

bilidad, 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

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 Nº 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:

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

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 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	CÓD. ADICIONAL	REG. MES		