

[Solicito mi incorporación al seguro] ☐

[Solicito la actualización de datos] ☐

CAJA DE SEGUROS S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicitud N° _____

[Sucursal] _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social _____

Domicilio _____

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

[Sec.] _____ **[Ramo]** _____ **[N° Póliza]** _____ **Múltiplo de Suelos** ☐ **Capital Uniforme** ☐ **Escala de Capitales** ☐

[Tipo de Documento] DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____

[Apellido y Nombres] _____

[Fecha de Nacimiento] ____/____/____ **[Sexo]** F ☐ M ☐ **[Legajo N°]** _____

[Estado Civil:] Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Civil ☐

[Domicilio] **[Calle]** _____ **[N°]** _____ **[Piso]** _____ **[Depto.]** _____ **[C.P.]** _____

[Localidad] _____ **[Prov.]** _____ **[Cód. Área]** _____ **[Tel.]** _____

[Fecha de ingreso al empleo / Vínculo con el tomador] ____/____/____

[¿Es zurdo?] SI ☐ NO ☐ **[Nacionalidad]** Argentina ☐ Extranjera ☐

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la presente 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.

SVC - Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	% Benef.	F. Nac.

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha

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.

Firma del Tomador

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

☐ Solicito mi incorporación al seguro

☐ Solicito la actualización de datos

CAJA DE SEGUROS S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicitud N° _____ Sucursal _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social _____

Domicilio _____

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Sec _____ Ramo _____ N° Póliza _____ Múltiplo de Sueldos ☐ Capital Uniforme ☐ Escala de Capitales ☐

Tipo de Documento DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____

Apellido y Nombres _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo F ☐ M ☐ Legajo N° _____

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Civil ☐

Domicilio _____ Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto. _____ C.P. _____

Localidad _____ Prov. _____ Cód. Área _____ Tel. _____

Fecha de ingreso al empleo / Vínculo con el tomador ____/____/____

¿Es zurdo? SI ☐ NO ☐ Nacionalidad _____ Argentina ☐ Extranjera ☐

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la presente 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.

SVC - Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	% Benef.	F. Nac.

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha

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.

Firma del Tomador

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

LA CAJA
de ahorro y seguro

CAJA DE SEGUROS S.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVO
SOLICITUD INDIVIDUAL

Solicitud N° _____

[Sucursal _____

■ Datos del Tomador

Nombre / Razón Social _____

Domicilio _____

■ Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Sec _____ Ramo _____ N° Póliza _____ Múltiplo de Suelos ☐ Capital Uniforme ☐ Escala de Capitales ☐
 Tipo de Documento _____ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____
 Apellido y Nombres _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo F ☐ M ☐ Legajo N° _____
 Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Civil ☐
 Domicilio _____ Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto. _____ C.P. _____
 Localidad _____ Prov. _____ Cód. Área _____ Tel. _____
 Fecha de ingreso al empleo / Vínculo con el tomador ____/____/____
 ¿Es zurdo? SI ☐ NO ☐ Nacionalidad _____ Argentina ☐ Extranjera ☐

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurado acepte la presente Solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los primos 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.

SVC - Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombres	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	% Benef.	F. Nac.

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha

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.

Firma del Tomador

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

DECLARACION JURADA: "Declaro que:
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 y/o he estado en tratamiento médico 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 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 efectúe oportunamente el respectivo pago de prima** 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 sólo se considerará 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 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, 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". En caso de encontrarse en período de embarazo, deberé informar tal condición.

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 S.A.