



Formulario N°: _____

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

Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualizacion de datos (solo para asegurados ya incluidos en la póliza) ☐

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razon Social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO

Secc: _____ Ramo: _____ N° de Poliza: _____ 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: _____ 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	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO

Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualizacion de datos (solo para asegurados ya incluidos en la póliza) ☐

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 o conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge o conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Doc	% de Benef	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

COBERTURAS SOLICITADAS: VER ANEXO 1 - COBERTURAS

Observaciones/Rectificación de datos: _____

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaro que:

1 – Sufró o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento medico por las mismas:
Deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. Enfermedades psiquiátricas.
Titular Si ☐ No ☐ Cónyuge o Conviviente Si ☐ No ☐
Observaciones (completar en caso de contestar SI) _____

2 - Recibí o estoy tramitando una indemnización por invalidez o padezco una invalidez total y permanente y/o estoy en tratamiento médico y/o padezco una enfermedad grave:
Titular Si ☐ No ☐ Cónyuge o 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 a 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. ”

INFORMACIÓN ADICIONAL

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.

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.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Solicito que la documentación referida a mi póliza me sea entregada por medios electrónicos. Asimismo, solicito y presto conformidad para que todo intercambio de comunicación y/o notificación relacionada con mi seguro sea efectuada vía e-mail, y/o a través de cualquier otro medio electrónico (Ej: Chat online, App Móvil, o Whatsapp). ☐

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.

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.

FIRMAS

Firmar solo en caso que la solicitud sea impresa. En cambio, si envía la solicitud por mail desde su correo electrónico laboral, completar el campo correspondiente con su nombre y apellido.

Lugar y fecha

Firma y/o nombre del Solicitante / Asegurado

Lugar y fecha

Firma y/o nombre del Cónyuge o Conviviente

Lugar y fecha

Firma del Tomador

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 Responsable de Caja de Seguros S.A.

SOLO PARA USO INTERNO				
ENCUESTADOR	DEPENDENCIA	RIESGO	COD. ADICIONAL	REG. MES

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PREFECTURA NAVAL ARGENTINA PERSONAL ACTIVO

EMPLEADO TITULAR (Optativo)	SEGURO PARA CÓNYUGES O CONVIVIENTES (Optativo) El capital asegurado consistirá en el 100% del que le corresponda al asegurado Titular.
• Muerte (#) • Incapacidad Total y Permanente por Accidente (*) • Muerte y Pérdidas Anatómicas y/o Funcionales por Accidente Taxativa (*) • Muerte Accidental en Transporte Público (*) • Indemnización diaria por Internación por Accidente. Monto de la Renta: \$5.000.- por día de internación. Período máximo de cobertura: 90 días. Plazo de carencia: 10 días • Adelanto del 100% del capital en caso de Enfermedades Graves. Pago sustitutivo del capital principal. A partir del pago del beneficio, se extingue la cobertura de la póliza. (*) • Indemnización Adicional fija de \$260.000 para Trasplantes de órganos: Médula Ósea, Corazón y Pulmón; Pulmón, Hígado, Corazón, Riñón, Páncreas. Cubre al Titular y Grupo Familiar Primario (*) (#) Sin límite de permanencia. (*) Hasta cumplir 65 años.	• Muerte (#) • Muerte y Pérdidas Anatómicas y/o Funcionales por Accidente Taxativa (*) • Adelanto del 100% del capital en caso de Enfermedades Graves. Pago sustitutivo del capital principal. A partir del pago del beneficio, se extingue la cobertura de la póliza. (*) Quedan excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos como empleados activos del contratante. (#) Sin límite de permanencia ó hasta que el titular deje de estar asegurado, lo que ocurra primero. (*) Hasta cumplir 65 años ó hasta que el titular deje de estar asegurado, lo que ocurra primero.

CAPITALES ASEGURADOS: La suma asegurada tendrá directa relación con tu haber mensual. El capital asegurado para el titular será el equivalente a múltiplo de 32 sueldos, tomando como base el sueldo correspondiente al código 201.

SERVICIO ADICIONAL: TELEMEDICINA. consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas. Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatología, Dermatología, Endocrinología, Orientación en Salud Mental, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonología. Para acceder al servicio ingresá a: www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina" ó www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora". Los beneficiarios del servicio son el asegurado y su grupo familiar primario (cónyuge/conviviente e hijos menores de 25 años). Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: servicio activo y relación de dependencia. No resultan asegurables aquellas personas que hubieran percibido el beneficio de las cláusulas de: "Incapacidad Física Total y Permanente e Irreversible", "Incapacidad Total y Permanente por Accidente" o "Enfermedades Graves (sustitutiva del capital principal)" o lo estuviesen tramitando.

EDAD LÍMITE DE INGRESO: sin límite.

COSTO MENSUAL DEL SEGURO: 0.75 centavos por cada 1000 pesos de capital asegurado. La cuota mensual, de corresponder, será descontada en cada liquidación de haberes del titular.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Podrás designar los beneficiarios que desees y posteriormente agregar o cambiarlos cuando así lo solicites.