



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

Solicito mi incorporación al seguro Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES CUIT: 30-54666656-1

Domicilio: VIAMONTE 430 ED.M.E.S.A. PB° - C1053ABJ - CAPITAL FEDERAL

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 22 Ramo: 800 N° de Póliza: 5000-9876796-01 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.: _____ Cód Área: _____ 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.	%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.	%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 FISICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE	(1)
MUERTE Y PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES POR ACCIDENTE TAXATIVA	(1)
ENFERMEDADES TERMINALES	(2)
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE	(3)
TRASPLANTE DE ÓRGANOS	(4)
Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
MUERTE	(5) (6)
INCAPACIDAD FISICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE	(6)
MUERTE Y PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES POR ACCIDENTE TAXATIVA	(6)
ENFERMEDADES TERMINALES	(2)
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE	(3)

Requisitos de Asegurabilidad:

Titulares - Futuras Incorporaciones

Cuando el capital asegurado supere el monto de \$1.300.000,00, el asegurable deberá completar la Declaración Jurada de Salud y en caso que la Compañía así lo considere, se solicitarán requisitos médicos adicionales, a su cargo. En estos casos la cobertura comenzará a regir a partir del mes siguiente al de la aprobación de ingreso.

Cónyuges - Futuras Incorporaciones

Cuando el capital asegurado supere el monto de \$1.300.000,00, el asegurable deberá completar la Declaración Jurada de Salud y en caso que la Compañía así lo considere,

se solicitarán requisitos médicos adicionales, a su cargo. En estos casos la cobertura comenzará a regir a partir del mes siguiente al de la aprobación de ingreso.

(1) Capital asegurado: Múltiplo de 24 sueldos. Capital Mínimo: \$100.000.- Capital Máximo: \$1.800.000.-

(2) Capital asegurado: adelanto del 50% del capital asegurado de Muerte, con un capital máximo de \$900.000.-

(3) Monto de la Renta: \$200.- por día de internación. Período máximo de cobertura: 90 días. Plazo de carencia: 8 días.

(4) 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.-

(5) Opción Mayores:

Desde los 65 y hasta cumplir los 80 años. Capital asegurado: 100% del vigente a los 64 años. Capital Máximo: \$1.400.000.-

(6) Capital asegurado: 100% del capital asegurado del Titular.

Endoso de incremento automático anual de capitales asegurados

Tipo de ajuste: _____

Observaciones/Rectificación de datos _____

DECLARACIÓN JURADA: Declaro que:

1 – Sufrí 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/Conviviente SI NO

Observaciones (completar en caso de contestar SI).....

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 Cónyuge/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 efectúe 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 atencioncliente@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 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