

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## Solicitud Individual de Adhesión



INCORPORACIÓN	ACTUALIZACIÓN	INICIO VIGENCIA	PÓLIZA N°	CERTIFICADO N°
		____/____/____		

*Tache lo que no corresponda*

*A completar por el Instituto*

Solicita su incorporación al Seguro de Vida Colectivo en un todo de acuerdo con las condiciones generales y/o especiales de la Póliza respectiva, que declara conocer y aceptar y cuyas disposiciones principales obran en el respectivo certificado individual, suministra los siguientes datos personales.

**DATOS DEL ASEGURADO: TITULAR/CONYUGE** *(Tache lo que no corresponda)*

**APELLIDO Y NOMBRES** \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.U.I.L
____/____/____	Tipo y N°	- -

SEXO F  ¿Se encuentra embarazada? SI  NO   
M

¿ES ZURDO? SI  NO  ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Calle y N°) \_\_\_\_\_

LOCALIDAD Y COD. POSTAL \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TÉLFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### CAPITALES ASEGURADOS

-Fallecimiento Por Cualquier Causa: Cantidad de Sueldos \_\_\_\_\_ o Capital Fijo \_\_\_\_\_  
(Suma máxima Asegurada Por Personal, según lo establecido en Póliza)

*“Se entiende por sueldo todo concepto salarial normal y habitual que tenga carácter remunerativo a los fines laborales, se excluye el sueldo anual complementario”*

-Muerte por Accidente SI  NO  \_\_\_\_\_

-Pérdidas anatómicas parciales y totales por accidente SI  NO  \_\_\_\_\_

-Invalidez Total y Permanente por accidente - Liquidación del Beneficio en Cuotas SI  NO  \_\_\_\_\_  
Cantidad de cuotas \_\_\_\_\_ Monto de cada cuota \_\_\_\_\_

-Muerte el Cónyuge SI  NO

-Transplante de Órganos SI  NO

(Plazo de carencia: 120 días)

RIÑÓN \_\_\_\_\_ HÍGADO \_\_\_\_\_

CORAZÓN \_\_\_\_\_ PÁNCREAS \_\_\_\_\_

PULMÓN \_\_\_\_\_ CORAZÓN Y PULMÓN \_\_\_\_\_

-Renta Diaria por Internación SI  NO  \_\_\_\_\_ \$ x día de internación

En caso afirmativo: Límite de días de internación cubiertos (30, 60, 90, 180): \_\_\_\_\_

Plazo de espera: 5 días \_\_\_\_\_

Lapso máximo entre internaciones: 12 meses \_\_\_\_\_

Plazo de carencia para internaciones por enfermedad: \_\_\_\_\_

-Sepelio SI  NO

En caso afirmativo: Límite de kilómetros de traslado cubierto: \_\_\_\_\_

LA FIRMA EN EL REVERSO DE LA PRESENTE IMPLICA EL CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN EXPRESADA EN EL ANVERSO DE LA MISMA

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## Solicitud Individual de Adhesión



**BENEFICIARIOS:** (Nombre y Apellido completos, parentesco, proporción, domicilio y documento de identidad).

---

---

Si en oportunidad de hacerse efectivo este Seguro, alguno de los beneficiarios fuere menor de edad el importe que le correspondiere se abonará de acuerdo a las normas legales vigentes.

### DECLARACIÓN DE SALUD - Responder según su conocimiento:

¿Ha sufrido en los últimos 10 años alguna enfermedad con duración mayor a los 15 días? SI  NO

*En caso de respuesta afirmativa, indicar diagnóstico, tratamiento, secuelas, fecha aproximada:*

---

¿Ha sufrido un accidente o sometido a una operación quirúrgica en los últimos 10 años? SI  NO

*En caso de respuesta afirmativa, indicar causa, consecuencias, tratamiento, secuelas, fecha aproximada:*

---

¿Lo ha atendido algún medico en los dos últimos años? SI  NO

*En caso de respuesta afirmativa, indicar causa, diagnóstico y fecha aproximada:*

---

¿Tiene conocimiento de padecer alguna incapacidad o enfermedad? SI  NO

*En caso de respuesta afirmativa indicar cual:*

---

Como parte integrante de mi solicitud individual, declaro que me hallo incluido en los siguientes seguros de vida:

---

Ley 17.418, Artículo 5º: "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".

Queda entendido y convenido que el Instituto se reserva el derecho de aceptar, modificar o rechazar, parcialmente o totalmente esta Solicitud de Seguro; por razones técnicas, administrativas, legales o por exceso en el capital asegurado; según la escala de capitales máximos por edades, vigentes a la fecha de esta contratación.

En caso de que el Instituto, de acuerdo al párrafo anterior, no acepte o modifique las condiciones de esta solicitud deberá comunicarlo fehacientemente al Asegurado en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, que empezaran a computarse desde el primer día en que debería iniciar su vigencia de acuerdo a la presente, sin exceder tampoco este plazo de los dos meses posteriores al mes en que este seguro fue suscripto por el Asegurado.

De producirse cualquier alternativa prevista en las Cláusulas anteriores, este Seguro podrá o no tomar vigencia efectiva cuando el Instituto lo decida, emitiendo la respectiva póliza o rechazando definitivamente-parcal o totalmente-la cobertura solicitada.

Caso contrario, la vigencia se iniciará el primer día del mes siguiente al de su contratación, siempre que el seguro se haya suscripto antes del día 20 de dicho mes; y cuando esta solicitud haya sido entregada fehacientemente al Instituto antes de la finalización del mismo mes. Si el seguro se contrata en el lapso que media entre dicho día 20 y hasta el día 19 del mes inmediato posterior, iniciará la vigencia el primer día del mes subsiguiente a este último.

Lugar y Fecha

Certifico la autenticidad de la Firma que antecede:

Firma y aclaración del Asegurado

Lugar y Fecha

Firma del contratante