

Niños protegidos / Solicitud de Incorporación

Grupo _____

Datos del Afiliado

Nombre/s y Apellido/s		Matrícula N°	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	
CUIT / CUIL / CDI N°		Actualidad/Ocupación		
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.			Código Postal	
Localidad		Provincia		
Teléfono		eMail		

Beneficiario/s

Nombre/s y Apellido/s completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC N°	Parentesco	%

Extensión de Cobertura al Cónyuge

El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre/s y Apellido/s		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	

Medio de Pago por la presente autorizo que en caso de aceptación de la cobertura solicitada por la presente, el pago de la prima se efectúe por (indique con una x el medio de pago seleccionado)

- a. Tarjeta de Crédito Visa

Banco emisor _____

Tarjeta N° _____

- b. Débito en Cuenta Cuenta Corriente

Vencimiento _____

Banco _____

- c. Chequeras

- Caja de Ahorros

CBU (22 dígitos) _____

¿Poseé otros seguros de vida y/o accidentes personales contratados con la Caja de Previsión y Seguro Médico? SI NO
Informe tipo de seguro y capital asegurado

La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (Artículo 4° de la Ley de Seguros N° 17.418)

Declaro expresamente que los datos consignados en este formulario son verídicos, precisos, completos y hechos de buena fe.

Lugar y fecha

Firma del Afiliado/Solicitante

Niños protegidos / Solicitud de Incorporación

Destinatarios

- A los afiliados a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires beneficiarios del Subsidio por Nacimiento.

Cobertura

- Fallecimiento
- Invalidez total y permanente por accidente.
- Anticipo del 50% del capital asegurado ante el diagnóstico de una enfermedad terminal contraída con posterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.

Edad máxima de Incorporación

- No posee.

Edad máxima de Permanencia

- 69 años de edad.

Requisitos de incorporación

- Declaración de Salud.

Capital asegurado

- Al solicitar la cobertura el afiliado debe optar por única vez alguno de los siguientes grupos:

Edad	I	II	III
menor de 50 años	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 30.000
50 años a menor de 65 años	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 10.000
65 años a menor de 70 años	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000

El Capital Asegurado disminuye al cumplir 50 y 65 años de edad.

Costo Mensual

Edad	I	II	III
menor de 50 años	\$ 6	\$ 11	\$ 15
50 años a menor de 65 años	\$ 3	\$ 7	\$ 7
65 años a menor de 70 años	\$ 3	\$ 3	\$ 3

Seguro para el Cónyuge: El Cónyuge del asegurado puede incorporarse en iguales condiciones que el titular.

Tel. 0810-222-6797 de 7 a 14.30 horas

seguros@cajademedicos.com.ar / www.cajademedicos.com.ar