

Plan Pensionadas / Solicitud de Incorporación

Grupo _____

Datos del Asegurable

Nombre/s y Apellido/s _____ Matrícula N° _____ Sexo M F

Documento DNI / LE / LC N° _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Estado Civil _____

Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto. _____ Código Postal _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ eMail _____

Beneficiarios

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

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

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

Plan Pensionadas / Solicitud de Incorporación

Destinatarios

- Beneficiarios de la pensión otorgada por la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

Coberturas

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Anticipo del 50% del capital asegurado ante el diagnóstico de una enfermedad terminal.
- Reintegro de gastos por transplante de órganos hasta la suma de \$ 50.000 (hasta los 65 años de edad).

Edad máxima de Permanencia

- 75 años de edad inclusive.

Requisitos de Incorporación

- Declaración de Salud.

Capitales Asegurados y Costos por Rango de edad

Capital Asegurado

Edad	A	B	C	D
menor de 60 años	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 40.000
60 años a menor de 65 años	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 20.000
65 años a menor de 70 años	\$ 2.500	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000

Costo Mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 60 años	\$ 5,85	\$ 11,70	\$ 17,55	\$ 23,40
60 años a menor de 65 años	\$ 6,00	\$ 12,00	\$ 24,00	\$ 24,00
65 años a menor de 70 años	\$ 9,00	\$ 18,00	\$ 18,00	\$ 18,00

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

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