

Protección Familiar / 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		

Beneficiarios

Nombre y Apellido 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	Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento

Protección para los Hijos

El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre/s y Apellido/s	Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento

FSEG 001 / 0 5

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

- Tarjeta de Crédito Visa

- Débito en Cuenta Cuenta Corriente
 Caja de Ahorros

- Boletas pago Banco Provincia Descuento Haber Jubilatorio otros

Banco emisor
Tarjeta N°
Vencimiento
Banco
CBU (22 dígitos)

¿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

Protección Familiar / Solicitud de Vida Colectivo

Destinatarios

- Afiliados a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

Cobertura

- Fallecimiento por cualquier causa o enfermedad.
- Invalidez total y permanente por Accidente.
- Anticipo del 50% del Capital Asegurado ante el diagnóstico de una enfermedad terminal contraída con posteridad a la fecha de inicio de la cobertura.
- Cobertura adicional: reintegro de gastos por Transplante de Organos hasta la suma de \$ 50.000 (hasta los 65 años de edad)

Seguro para el Cónyuge

- El Cónyuge del Asegurado puede incorporarse en iguales condiciones que el titular.

Protección para los Hijos

- Los hijos menores de 21 años pueden ser asegurados por la cobertura básica en \$ 3.000 abonando tan sólo \$ 0,50 mensuales por hijo.

Edad máxima de Incorporación

- No posee.

Edad máxima de Permanencia

- No posee.

Requisitos de Incorporación

- Declaración de Salud.

Capital Asegurado

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$ 50.000	\$ 100.000	\$ 150.000	\$ 200.000
40 años a menor de 55 años	\$ 25.000	\$ 50.000	\$ 80.000	\$ 200.000
55 años a menor de 65 años	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 30.000
65 años a menor de 70 años	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 10.000
70 años y mayores	\$ 2.500	\$ 2.500	\$ 2.500	\$ 2.500

Costo mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$ 27,50	\$ 55,00	\$ 82,50	\$ 110,00
40 años a menor de 55 años	\$ 17,50	\$ 35,00	\$ 56,00	\$ 70,00
55 años a menor de 65 años	\$ 10,00	\$ 20,00	\$ 30,00	\$ 30,00
65 años a menor de 70 años	\$ 10,00	\$ 20,00	\$ 20,00	\$ 20,00
70 años y mayores	\$ 10,00	\$ 10,00	\$ 10,00	\$ 10,00

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

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