

Seguro de Vida Individual / Solicitud de Incorporación

Datos del Asegurable

Nombre/s y Apellido/s		Matrícula N°	
CUIT / CUIL	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Documento DNI / LE / LC N°	Estado Civil	Profesión / Ocupación específica y especialidad	
Otras actividades			
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.			Código Postal
Localidad		Provincia	
Teléfono		eMail	
Domicilio para el envío de documentación (completar sólo si difiere con el particular)			
Calle / N° / Piso / Dpto.			
Localidad		Provincia	

Datos del Tomador (completar si el Tomador de la Póliza no es el Asegurado)

Nombre/s y Apellido/s Razón Social	
Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.	Código Postal
Localidad	Provincia
Teléfono	eMail

Cobertura solicitada

a. Seguro de Vida Vida Entera Vida Entera pagos limitados a años Temporario a años

b. Capital Solicitado en letras _____

Reducción programada del capital asegurado:

% del Capital Inicial	A partir de fecha	Capital Asegurado

c. Opción de Liquidación del Beneficio en caso de fallecimiento: Pago único Pago en cuotas

d. Clausulas Adicionales Accidentes Invalidez total y permanente Exención del pago de primas
 Aceptando el pago de las extraprimas y las condiciones previstas en los anexos respectivos.

Prima por cobrar Fecha del Primer Pago / /

e. Frecuencia de Pago Anual Semestral Trimestral Anual

f. Medio de Pago

a. Tarjeta de Crédito Visa

Banco emisor

Tarjeta N°

Vencimiento

b. Débito en Cuenta Cuenta Corriente

Banco

Caja de Ahorros

CBU (22 dígitos)

c. otros

Beneficiarios

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

Aclaraciones

Datos sobre Otros Seguros

- a. ¿Tiene Seguros de Vida Individuales Vigentes en otras compañías? SI NO
- b. ¿Tiene otras solicitudes de Seguro de Vida y/o Accidentes personales pendientes de emisión? SI NO
- c. ¿Ha tenido algún Seguro de Vida rechazado, limitado, recargado y/o postergado? SI NO
- d. ¿El Seguro solicitado reemplaza a alguno vigente o caducado? SI NO

Aclaraciones en caso de respuestas afirmativas (con indicación de los capitales asegurados, vigencias y Compañía Aseguradora)

Datos sobre Actividades del Asegurable

- a. ¿Qué deportes practica? _____
- b. ¿Realiza alguna actividad riesgosa? SI NO
- c. ¿Participa en vuelos no regulares como pasajero, piloto, tripulante o paracaidista? SI NO

Aclaraciones

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, completos y hechos de buena fe.

Firma del Productor o Agente

Firma del Asegurable

Firma del Tomador

Productor

Código

Fecha

Importante: para finalizar esta solicitud es necesario que la persona que se quiere asegurar complete de puño y letra la declaración de salud.

Seguro de Vida Individual / Solicitud de Incorporación

Destinatarios

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

Coberturas

- Fallecimiento.
- Doble indemnización por muerte accidental.
- Indemnización adicional por pérdidas físicas parciales por accidente.
- Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente.

Edad máxima de Incorporación

- 65 años de edad.

Requisitos de Incorporación

- Declaración de salud

Tel. 0810-222-6797 de 7 a 14.30 horas
seguros@cajademedicos.com.ar / www.cajademedicos.com.ar