



SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLICITANTE TITULAR Y CÓNYUGE/CONVIVIENTE

Solicito mi incorporación al seguro Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES CUIT: 30-59821809-5

Domicilio: RUTA 12 KM 7 1/2 - MIGUEL LANUS - (3304) - MISIONES

Seguro de Vida Colectivo - Solicitante Titular / Asegurado

Secc: 22 Ramo: 800 N° de Póliza: 5140-9982029-01 Fecha de ingreso al empleo: _____

Vínculo con el tomador: _____ Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Legajo N°: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Civil CUIL/CUIT: _____

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ CP: _____ Prov.: _____ Cód Área: _____ Tel Part.: _____

Tel Celular: _____ E-mail: _____

¿Es zurdo? Si No Nacionalidad: Argentina Extranjera _____

Dejo autorizado para que desde el momento en que el asegurador acepte esta solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurador, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en el certificado de incorporación individual.

Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	%Benef	Nacimiento
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Cónyuge / Conviviente del solicitante Titular / Asegurado

Solicito mi incorporación al seguro Solicito la actualización de datos

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo F M

¿Es zurdo? Si No Nacionalidad: Argentina Extranjera _____

Tel Celular: _____ E-mail: _____

Cuando el cónyuge conviviente revista carácter de asegurable por estar vinculado con el tomador, solo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge / conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge / conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

Coberturas Solicitadas

Coberturas Titular	Suma a Asegurar
Muerte	(1) (3)
Cláusula Adicional de Incapacidad Física Total Permanente e Irreversible Taxativa	(1)
Cláusula Adicional de Muerte y Pérdidas Anatómicas y/o Funcionales por Accidente	(1)
Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
Muerte	(2)
Cláusula Adicional de Muerte y Pérdidas Anatómicas y/o Funcionales por Accidente	(2)

(1) Capital asegurado: Múltiplo de 20 sueldos. Capital Mínimo: \$100.000.- Capital Máximo: \$1.200.000.-

(2) Capital asegurado: 100% del capital asegurado del titular.

(3) Opción Mayores:

Desde los 65 y hasta cumplir los 70 años. Capital asegurado: se reduce al 50% del vigente a los 64 años. Capital Máximo: \$30.000.-

Desde los 70 y hasta cumplir los 75 años. Capital asegurado: se reduce al 25% del vigente a los 64 años. Capital Máximo: \$15.000.-

Endoso de incremento automático anual de capitales asegurados

Tipo de ajuste: _____

Observaciones/Rectificación de datos _____

DECLARACIÓN JURADA: Declaro que:

1 - Sufrí o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento medico por las mismas:

Deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. Enfermedades psiquiátricas.

Titular SI NO Cónyuge/Conviviente SI NO

Observaciones (completar en caso de contestar SI).....

2 - Recibí indemnización por invalidez o estoy y/o he estado en tratamiento médico y/o internado en los últimos tres años:

Titular SI NO Cónyuge/Conviviente SI NO

En tanto y en cuanto las respuestas a las preguntas 1 y 2 sean NO y NO respectivamente, y no deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro se considerará aceptada por el Asegurador y comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al del primer mes de descuento, siempre que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones para su emisión y el Tomador efectúe oportunamente el respectivo pago de primas. Asimismo se deja establecido que el Asegurador podrá solicitar datos complementarios y/o nuevas Declaraciones de Salud.

Cuando la respuesta a la pregunta 1 o 2 sean SI indistintamente, o no se haya completado la Declaración Jurada precedente, y/o deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro sólo se considerará aceptada cuando el Asegurador se expida en tal sentido. Hasta tanto el Asegurador no se expida, no habrá cobertura del seguro ni corresponderá descuento de primas.

