



**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES - SOLICITUD INDIVIDUAL  
 SOLICITANTES 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 ½ - MIGUEL LANUS - (3304) - MISIONES

**Seguro de Accidentes Personales – Solicitante Titular / Asegurado**

Secc: 11 Ramo: 112 N° de Póliza: 5140-9895899-01 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 al tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte la 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 Asegurado, 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 accidental las 24 hs (*)	\$236.600.-
Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente las 24 hs	\$236.600.-
Gastos de Asistencia Médico-Farmacéutica	\$26.660.-
Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
Muerte accidental las 24 hs (*)	\$236.600.-
Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente las 24 hs	\$236.600.-
Gastos de Asistencia Médico-Farmacéutica	\$26.660.-

(\*)- Se cubre hasta los 70 años, resto de las coberturas hasta los 65 años de edad.

**Endoso de Incremento Automático Anual de Capitales Asegurados:**

Tipo de ajuste: \_\_\_\_\_

(1) ¿Poseo cobertura médica, como ser Obra Social o Medicina Prepaga? Titular Si  No  Cónyuge Si  No

"En la cobertura de "Gastos de asistencia médico-farmacéutica" el Asegurador cubrirá, hasta la suma prevista para dicha cobertura en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado a consecuencia de todo accidente cubierto por la póliza, en la medida en que aquellos estuvieran prescritos por un médico y en el monto que exceda el valor efectivamente soportado por su Obra Social o Medicina Prepaga."

**Recibo en este acto folleto informativo del seguro, sin perjuicio de la facultad de la Aseguradora de rechazar esta solicitud de seguro.**

"De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Actividad Aseguradora (punto 25.2.2), presto conformidad para que la entrega de toda documentación vinculada con el presente seguro y sus renovaciones (pólizas, propuestas de renovación, endosos, certificados de cobertura, constancias de coberturas e informes sobre el estado de la póliza y/o certificados), sea efectuada por medio electrónico a la dirección de correo electrónico por mí registrada, u otra que la reemplace, previa comunicación a esa aseguradora. SI  NO

La información proporcionada en esta solicitud implica la prestación del consentimiento expreso dispuesto por la Ley 25.326. Conozco y acepto que como titular de los datos podré ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los mismos y acepto que la información que otorgo podrá ser utilizada para acciones de marketing directo. La información será archivada en Caja de Seguros S.A. sita en Fitz Roy 957 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultar vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

El solicitante conoce y acepta que la solicitud de seguro de Accidentes Personales se encuentra en periodo de evaluación hasta que se aprueben todos los requisitos de selección. Hasta entonces sus términos no obligan al Asegurador, según lo establece el art. 4 de la Ley de Seguros 17.418. "Asimismo esta solicitud comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al 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."

Acepto obtener mi Certificado Individual de Incorporación a través del sitio [www.lacaja.com.ar](http://www.lacaja.com.ar) procediendo a su descarga una vez por año de vigencia de la póliza colectiva o ante cada actualización de condiciones contractuales pactadas con el Tomador. (Reglamento General de la Actividad Aseguradora - artículo 25.2.2.). En caso de tener algún inconveniente para la obtención del certificado por la vía mencionada estoy debidamente informado de contactarme con el servicio de Atención al Cliente a través de la línea única 0810-555-2252 o vía e-mail a [atencioncliente@lacaja.com.ar](mailto:atencioncliente@lacaja.com.ar) SI  NO

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y/o Nombre del Cónyuge o Conviviente

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante/asegurado titular, como así mismo que dicho firmante integra el personal de esta entidad.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

**SOLO PARA USO INTERNO**

ENCUESTADOR	DEPENDENCIA	RIESGO	CÓD. ADICIONAL	REG. MES