



**SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO PRESTACIONAL - SOLICITUD INDIVIDUAL - GRUPO FAMILIAR PRIMARIO**

Solicito mi incorporación al seguro  Solicito la actualización de datos

Solicitud N°: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Solicito a Caja de Seguros SA (La Caja) ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio – Prestacional por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con La Caja a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

**Datos del Tomador**

Nombre / Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono N°: \_\_\_\_\_

Condición IVA: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

**Seguro Colectivo de Sepelio - Solicitante Titular / Asegurado**

Secc: \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al empleo: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Doc. DNI/LE/LC: \_\_\_\_\_ Legajo N°: \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: F  M  Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión Civil

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Cód Área: \_\_\_\_\_ Tel Part.: \_\_\_\_\_

Tel Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: Argentina  Extranjera  \_\_\_\_\_ Condición IVA: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

**Datos del Grupo Familiar Asegurable**

| Apellido y Nombre | Parentesco con el asegurado titular | Tipo y N° de Doc. | Nacimiento         |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------|
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |
| _____             | _____                               | _____             | ____ / ____ / ____ |

**Coberturas solicitadas**

**Cobertura**

**Prestacional**

Artículo 5 de la Ley de Seguros N° 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora.  
 En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

**IMPORTANTE: Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:**  
 El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

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.

Recibo en este acto folleto de la Aseguradora con información de las coberturas y datos útiles relacionados con el Seguro, sin perjuicio de la facultad de Caja de Seguros S.A. de rechazar esta solicitud.

Solicito que la documentación referida a mi póliza me sea entregada por medios electrónicos.

Tomo conocimiento y acepto que podré obtener mi certificado individual de incorporación ingresando a [www.lacaja.com.ar/documentacion](http://www.lacaja.com.ar/documentacion) o desde mi celular descargando la aplicación [www.lacaja.com.ar/movil](http://www.lacaja.com.ar/movil). En caso de tener algún inconveniente para la obtención del certificado por la vía mencionada, estoy debidamente informado que podré solicitarlo al teléfono 0810-555-2252 o vía e-mail a [atencioncliente@lacaja.com.ar](mailto:atencioncliente@lacaja.com.ar)

## Siniestros

En caso de fallecimiento de un Asegurado por cualquier causa, se otorgará la prestación del Servicio de Sepelio a realizarse en cualquier punto del país, por alguna de las empresas de servicios fúnebres detalladas en la nómina que será adjuntada a la póliza.

El Tomador, parientes y/o personas más allegadas o herederos legales del Asegurado fallecido, contarán con un Servicio de Atención Personalizada, las 24 horas los 365 días del año a prestarse en la República Argentina, al que se podrá acceder mediante un llamado gratuito, al: 0800-444-4016 (Memorial International Argentina S.A.) para tramitar el Servicio de Sepelio.

Incluye el Servicio de Asistencia Médica de Urgencia y Emergencia exclusivamente en la República Argentina.

Ambulancia - Emergencias Médicas: en caso de Emergencia Médica con posible riesgo de vida del Asegurado, se podrá solicitar una Ambulancia que concurrirá al lugar en que se encuentre el paciente con el objetivo de prestar socorro médico hasta que se encuentre en condiciones de ser trasladado con el menor riesgo vital. Para solicitar ambulancia llamar al 0800-999-0883.

Ambulancia - Urgencia Médica: en caso de Urgencia donde se requiera una atención rápida pero sin que se encuentre en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, éste podrá solicitar una Ambulancia que concurrirá al lugar donde éste se encuentre. El médico evaluará la sintomatología indicando su tratamiento o posible internación. Para solicitar ambulancia llamar al 0800-999-0883.

\_\_\_\_\_

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 SA

### SOLO PARA USO INTERNO

| ENCUESTADOR | DEPENDENCIA | RIESGO | CÓD. ADICIONAL | REG. MES |
|-------------|-------------|--------|----------------|----------|
|             |             |        |                |          |