



DIVISION SEGUROS DE  
PERSONAS

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
RAMO VIDA COLECTIVO**



POLIZA	VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			La póliza/ certificado iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.					

<b>TOMADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO	
	DNI	LE	LC	CI								
	CUIT/CUIL NRO.:											
<b>ENTREGA DE POLIZA POR MEDIO ELECTRONICO:</b>												
En mi carácter de <b>TOMADOR/ASEGURADO</b> , solicito que la documentación asociada a esta solicitud de seguro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección de correo electrónico:												
EMAIL: .....												

<b>ASEGURABLE</b>	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI									
	CALLE						NRO.			PISO			
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			
	SEXO		ESTADO CIVIL			PROFESION/ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA				NACIONALIDAD			
	¿ Realiza Ud. deportes, actividades o hobbies riesgosos como por ejemplo: jockey, saltos hípicos, bombero, piloto civil, aviación, buceo, motociclismo, automovilismo, espeleología, montañismo, motonáutica, navegación a vela, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, rafting, u otro que se considera peligroso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										Por favor especificar:		

<b>BENEFICIARIOS</b>	APELLIDO Y NOMBRES			TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO		DOMICILIO		PARENTESCO	PORCENTAJE

<b>DECLARACION DE SALUD</b>	<b>De acuerdo a su conocimiento:</b>		NO	SI	<b>AMPLIACIONES</b>
	1) Indique:				Estatura: .....Peso: .....
	2) ¿Fuma?				Cantidad diaria de cigarrillos:
	3) ¿Sufre de hipertensión? <b>En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión.</b>				Niveles:
	4) ¿Sufre de diabetes? <b>En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Diabetes.</b>				
	5) ¿Sufrió en los últimos 3 años algún accidente, operación, internación o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?				Detalles:
	6) ¿Adolece de algún defecto, molestia física, incapacidad o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?				¿Cuáles?
	7) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?				Detalles:
	8) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales / cotidianas?				¿Cuáles?
	9) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante:				
10) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?					
Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, no he padecido, ni me han sido diagnosticadas ninguna de las siguientes dolencias: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto hepatitis A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Ulceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsias, Enfermedad de Alzheimer y SIDA. En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada en el párrafo anterior, favor especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, duración del tratamiento y sus eventuales secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante, nombre del hospital o clínica y toda otra información adicional.....					
Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza.					

**Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418:** "La propuesta del contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales".  
**Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418:** "Toda declaración falsa o toda retención 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 hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".  
 Declaro que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto mi voluntad de celebrar por el precio que corresponda a la fecha de emisión de la póliza respectiva, un contrato de seguro de acuerdo con las especificaciones de esta propuesta, regidos por las condiciones contractuales de la póliza, cuyas disposiciones conozco y acepto.

LUGAR: .....	..... FIRMA DEL ASEGURABLE	..... FIRMA DEL TOMADOR	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia. ..... FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR
FECHA: ...../...../.....	..... ACLARACION DE FIRMA	..... ACLARACION DE FIRMA	..... MATRICULA N°: