

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL****FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DEL SEGURO**

SEGURO TEMPORARIO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE

**SOLICITUD N°:**

El que suscribe declara bajo fe de juramento, con pleno conocimiento, y a los efectos del artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza, cuya parte pertinente se destaca a continuación, que la edad y demás datos detallados son verdaderos y correctos.

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.

El Asegurado adquiere el derecho a la cobertura de los beneficios de este seguro a partir de las 0 horas del día indicado en "Fecha inicio Cobertura".

**Datos del Solicitante**

Apellido y Nombres Completos:			
LE/LC/DNI/CI N°:	Nacionalidad:	Edad:	CUIT/CUIL/CDI:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	
Lugar de Nacimiento:			
Domicilio real/legal - Calle y N°:			
Barrio:	Localidad:	Provincia:	C.P.:
E-Mail:		Teléfono:	
Actividad Principal:			
Fecha inicio Cobertura Cobertura Vida (Completado por la Compañía):		Evolución del Capital Asegurado conforme la edad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Capital Cobertura de Vida:		Premio Mensual:	

**Forma de Pago**

<input type="checkbox"/> Débito en Cuenta:	<input type="checkbox"/> Débito Automático - Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Cabal
		<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Naranja
CBU: _____ (22 Digos)	N°: _____	Vencimiento: _____	
<input type="checkbox"/> Rapipago			

La Compañía no pagará la indemnización cuando el Asegurado sea integrante de una fuerza de seguridad privada o pública y el evento se produzca como consecuencia del desarrollo de su actividad.

Moneda de Contrato: Pesos  
Periodicidad del pago de los premios: Mensual  
El vencimiento del premio opera el día:

Pluralidad de Seguros: ¿Posee Ud. otros seguros contratados a la fecha con otra/s compañía/s aseguradora/s? SI [ ] NO [ ]. En caso afirmativo, por favor detalle coberturas, sumas y compañía/s aseguradora/s:

**Cláusulas adicionales contratadas**

<input type="checkbox"/> <b>Cláusula de Invalidez Total y Permanente</b>	<input type="checkbox"/> Por Enfermedad o Accidente	<input type="checkbox"/> Por Accidente
<input type="checkbox"/> <b>Cláusula de Accidente</b>	Zurdo <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Muerte y Pérdidas Físicas	
<input type="checkbox"/> <b>Cláusula de Salud</b>	<b>Enfermedad Grave</b> (Completar Anexo I)	
<input type="checkbox"/> Adicional	<input type="checkbox"/> Complementaria	
<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Terminal Complementaria</b>		

SOLICITUD N°:

Datos de los beneficiarios

	Apellido y Nombres Completos	LE/LC/DNI/CI	Parentesco	Teléfono	%
1					
2					
3					
4					
5					

Anexo I

Enfermedades Graves Contratadas (se van a consignar sólo las que estén cubiertas con sus respectivos capitales asegurados):							
<input type="checkbox"/>	Cáncer	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebro Vascular	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Operación de By-Pass	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Quemaduras Graves	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Gran Trauma	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Trasplantes						
<input type="checkbox"/>	Médula Ósea	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiaco	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Cardiopulmonar	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Hepático	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Pulmonar	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Renal	CAPITAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Páncreas	CAPITAL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Córnea	CAPITAL	<input type="text"/>

No serán asegurables por la cobertura de Trasplante de Órganos quienes a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos, en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica, en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del INCUCAI.

Anexo II

Edades de Asegurabilidad

Edad Mínima de Contratación: 18 Años	
Edad Máxima de Contratación: Hasta 64 Años	
Edad Máxima de Permanencia: Muerte: Hasta 85 Años	Adicionales: Hasta 65 Años

Requisitos de Contratación

EDAD	A	B	C
Hasta 55 Años	Hasta \$ 1.000.000	Desde \$ 1.000.001	
Desde 56 Años	Hasta \$ 700.000	Desde \$ 700.001	Hasta \$ 1.000.000
			Desde \$ 1.000.001

- **A:** Declaración de Salud.
- **B:** A + Examen Médico + Perfil Lipídico + Perfil Bioquímico + Hemograma + HIV + Análisis de Orina + Antígeno prostático Específico (Mayores de Años).
- **C:** B + ECG (Reposo y Esfuerzo) + Radiografía de Torax.

SOLICITUD N°:

**Régimen General de Cobranza de Premios**

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden liberado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

**Artículo 1° de la Resolución N° 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación**

Esta solicitud está sujeta a la aprobación de **PREVINCA SEGUROS S.A.** y no establece vínculo contractual alguno hasta su aceptación por la Compañía.

Tomo conocimiento que parte de los datos consignados en la presente solicitud me son requeridos en cumplimiento de la Ley N° 25.246, Resoluciones de la Unidad de Información Financiera, normativas modificatorias y complementarias y demás resoluciones que resulten aplicables Asimismo, declaro conocer que en función de dicha normativa, **“Previnca Seguros S.A.”** se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de sus disposiciones, al momento de producirse cualquier pago en virtud de la póliza; al verificarse una cesión de derechos o cambio de beneficiarios y al producirse la anulación de la cobertura. En consecuencia, me comprometo expresamente a colaborar con el suministro de la información que me sea requerida en el marco de tal normativa, a la entrega de la documentación correspondiente y de los informes que la respaldan, así como a la provisión de todos aquellos datos que resulten necesarios a efectos de que **“Previnca Seguros S.A.”** pueda dar acabado cumplimiento a las obligaciones previstas en la normativa citada.

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800 666 8400, correo electrónico a [denuncias@ssn.gob.ar](mailto:denuncias@ssn.gob.ar) o por formulario web.

Se ha cumplimentado conjuntamente con esta solicitud una Declaración Jurada de Salud respecto de mi persona	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Aclaración

El presente formulario ha sido firmado ante mí, habiendo constatado los datos incluidos en el mismo con los obrantes en el documento declarado en la presente, cuyo original me fue exhibido por el Asegurado Titular.

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor / Responsable de la Cía.

Aprobada por Resolución 2017 - 40621 - APN - SSN #MF del 13 de Julio de 2017 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.