

Solicitud Nro.:

Fecha: / / .

Seguros Individuales
Solicitud de Cobertura

Rosario: España 731 - S2000DBO - Tel: (0341) 5274720 - 44 (Sede Administrativa) C.U.I.T. 30-50006614-4 / IVA Responsable Inscripto. / Ingresos Brutos 921-750651-5

El/la que suscribe, _____ en adelante el Solicitante, solicita a "Previnca Seguros S.A.", su inclusión y la de las personas integrantes de su grupo familiar que se individualizan en la presente solicitud, en el seguro de referencia, en un todo de acuerdo a las Condiciones Particulares, Específicas y Generales y Cláusulas Adicionales estipuladas en la respectiva Póliza, que el suscripto declara conocer y acepta en todas sus partes.

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Se ruega: escribir los nombres y apellidos completos y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta y responder a todas las preguntas contenidas en esta Solicitud. DECLARACION JURADA: El (la) que suscribe declara bajo juramento, con pleno conocimiento y a los efectos del Artículo 5° de la LEY N° 17.418, cuya parte pertinente se transcribe a continuación, que todas las personas incluidas en esta Solicitud gozan en este momento de buena salud, y que no padecen enfermedad grave crónica ni otras enfermedades que sean de su conocimiento; y que las edades y demás datos detallados seguidamente son verdaderos y correctos.

Ley N° 17.418 - Artículo 5° (primera parte) - "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".

1 - Datos personales del solicitante

Apellido y Nombres:															Sexo (M/F)	
Documento: Tipo			N°		Domicilio Calle:								N°			
Piso:		Depto.		Mnbk.		Loc.		Prov.				C.P.				
Tel. Fijo:					Tel. Movil:											
Prof. u Ocup.				CUIT/UIL												

2 - Datos del titular y familiares para los cuales se solicita la cobertura:

N° de Orden	Apellido y Nombres	E. Civil C / S	Sexo M / F	Fecha de Nacimiento	Documento		Vinculo con el Titular	Premio Mensual Inicial
					Tipo	Número		
01				/ /			Titular	
02				/ /				
03				/ /				
04				/ /				
05				/ /				
								Premio Total Mensual: \$

3 - Coberturas que se solicitan

Salud más Protegida	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Renta Diaria por Internación	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Alta Complejidad	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Protección PLUS	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
AllSport ONE	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/>	Profesionall	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Alta Complejidad Senior	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	All Travel	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
All Moto	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Eternity	Alternativa: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

4 - Envío de Documentación electrónica

Acepto recibir documentación de mi póliza por correo electrónico: Si No

En caso afirmativo indicar la dirección de correo electrónico: _____

5 - 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 Dignitos)	N°: _____	Vencimiento: _____	
<input type="checkbox"/> Rapipago			

Advertencia:

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por la nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

De acuerdo al art. 1° de la resolución ME N° 429/00, según texto de la Resolución ME N° 407/01, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- A) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
 B) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
 C) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
 D) 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 ventas 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 librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
 Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

IMPORTANTE:

Quedan excluidos de esta cobertura los siniestros ocurridos durante los períodos de carencia especificados para cada cobertura contratada, de conformidad a lo establecido en la respectiva Condición Específica. No tendrán cobertura los siniestros que tengan su origen o deriven de una Enfermedad Preexistente o resulten consecuencia de una Cirugía practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura respectiva para cada Asegurado. Se entiende por Enfermedad Preexistente a las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura respectiva para cada Asegurado.

ENFERMEDADES CONGENITAS: Se cubren los siniestros que deriven de enfermedades congénitas y/o adquiridas al nacimiento de los hijos durante la vigencia de la póliza o del certificado individual, según corresponda, siempre que ambos cónyuges se encuentren asegurados y que el referido hijo sea nominado dentro del plazo de 15 días establecido en el Artículo 9° de las Condiciones Generales.

Declaro que la totalidad de las respuestas dadas a este cuestionario son completas y verídicas y constituyen la condición de validez de este seguro con "PREVINCA SEGUROS S.A." y autorizo a la Cia. de Seguros a solicitar informes e historias clínicas acerca de mi salud a los médicos e instituciones de Salud que me han asistido o que me asistan o examinen en el futuro, relevándolos del secreto profesional en cuanto se relacione con este seguro de salud. Esta solicitud está sujeta a la aprobación de "Previnca Seguros S.A." y no establece vínculo contractual alguno hasta su aceptación por la Compañía.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Solicitante y de los Asegurables integrantes del Grupo Familiar mayores de edad

Previnca Seguros S.A. CUIT 30-50006614-4

Domicilio: España 731 (Sede Administrativa) / Entre Ríos 537 1° Piso (Domicilio Legal)
C.P. 2000 - Rosario - Santa Fe - Argentina - consultas@previncaseguros.com.ar

Previncaseguros Previncaseguros Previnca Seguros

0810 345 0049
www.previncaseguros.com.ar