

# SOLICITUD SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

## PÓLIZA COLECTIVA PARA EL ASEGURABLE



### Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Life Seguros (en adelante denominada el "Asegurador" o la "Compañía") ser incluido en la póliza de seguro colectivo de accidentes personales- **Nº de Póliza 201000054** en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales que forman parte de la misma, las que declaro conocer y aceptar en su totalidad, y afirmando que los datos consignados en la presente solicitud son completos y veraces:

**ADVERTENCIA: Art. 5 de la Ley 17.418.** Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun 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.

### DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_  
C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail (si se tiene): \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURABLE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ C.U.I.T. | C.U.I.L.: \_\_\_\_\_  
Tipo y Número de Documento:  DNI  LE  LC  CI  Otro \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ E-mail (si se tiene): \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En relación con la póliza y demás documentación relativa al seguro contratado, según lo establecido en el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora ("RGAA") aprobado por Resolución 38708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación ("SSN"), solicito recibirla:  
 En soporte electrónico, a cuyo fin acepto descargarlos de la página institucional del Asegurador ([www.lifeseuros.com.ar](http://www.lifeseuros.com.ar)) y que el Asegurador alternativamente pueda entregármelos mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección arriba indicada, a cuyo fin declaro tener acceso a internet.  
 En soporte físico, modalidad que únicamente será aplicable en caso de ejercicio expreso de esta opción como única modalidad de recepción (aplicándose de lo contrario la modalidad de soporte electrónico).

### DATOS DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: / /

Vigencia: **Anual renovable.**

Se deja constancia que el pago de las primas est a cargo del  Tomador  Asegurado

Coberturas	<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2	<input type="checkbox"/> PLAN 3
Muerte Accidental	\$ 3.024.000	\$ 6.048.000	\$ 30.240.000
Invalidez Permanente Parcial y Total	\$ 3.024.000	\$ 6.048.000	\$ 30.240.000
Asistencia Médica Farmacéutica(*) - Reintegro de Gastos Médicos	\$ 151.200	\$ 302.400	\$ 1.512.000
<b>Premio mensual</b>	<b>\$ 1.694</b>	<b>\$ 3.386</b>	<b>\$ 16.934</b>

- El premio detallado incluye impuestos provinciales de Formosa.

(\*) Tiene una franquicia de \$3.750.-

### FORMA DE PAGO

Forma de pago:  CBU  Tarjeta de Crédito Tarjeta:  Visa  Mastercard  Otra: \_\_\_\_\_  
Nº de Tarjeta: \_\_\_\_\_ CBU: \_\_\_\_\_

Autorizo, en caso que el Asegurador acepte la presente solicitud, a que las sumas de dinero necesarias para atender el pago del premio del presente seguro y sus respectivas renovaciones sean debitados en forma directa y automática de la cuenta / tarjeta de crédito indicada más arriba. Queda entendido que es de mi exclusiva responsabilidad el pago del premio del seguro solicitado.

### REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Enfermedades Preexistentes: No aplica.

Carencia: No aplica.

Exclusiones de cobertura / riesgos no cubiertos: Conforme Adjunto.

Edad Mínima de contratación: 18 años.

Edad Máxima de contratación: 64 años.

Edad Máxima de permanencia: 65 años.



Nº de Solicitud

## EXCLUSIONES A LA COBERTURA

### CONDICIONES GENERALES COMUNES - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ARTÍCULO 7 - EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta Póliza, los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos; quedan incluidas dentro de la presente exclusión las enfermedades profesionales de cualquier tipo que pudiera sufrir el Asegurado producto de la actividad laboral por él desarrollada;
- b) la acción de los rayos X y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares; c) lesiones imputables a esfuerzo;
- d) insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales;
- e) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado;
- f) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas;
- g) accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto;
- h) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de abuso de estupefacientes o alcaloides;
- i) accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas;
- j) accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular;
- k) accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional;
- l) accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, sedición, terrorismo, motín o tumulto popular, cuando el Asegurado participe como elemento activo;
- m) accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico;
- n) accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo, salvo que se hubiese pactado expresamente su inclusión por tener vinculación con la actividad laboral desarrollada por el Asegurado;
- o) si el accidente es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado; si es provocado deliberadamente por acto ilícito del beneficiario del presente seguro, el mismo pierde derecho a ser indemnizado;
- p) Accidentes derivados del uso de motonetas o motocicletas
- q) Rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Asimismo, se deja expresa constancia que la presente póliza no cubre las responsabilidades emergentes de la Ley Nº 24.028 ni de la Ley Nº 24.557, sus modificatorias, complementarias y/o sustitutivas, dictadas o que pudieren dictarse en un futuro.

**ADVERTENCIA: Art. 12 de la Ley 17.418:** Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

**Medios de pago habilitados:** Conforme Resolución del Ministerio de Economía Nro 429/2000 Art. 2, los únicos medios de pago habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los que a continuación se detallan:

- a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades Financieras sometidas al régimen de la ley 21.526
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley 25.065
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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 Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

**Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo:** La compañía se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 28/2018 emitida por la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma. Podrá consultar el texto completo de Resolución en el sitio <https://www.argentina.gob.ar/uif>

---

Firma del solicitante

Aclaración

Lugar y Fecha