

SOLICITUD SEGURO DE VIDA COLECTIVO 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 vida - Grupo abierto o Grupo Empleados según corresponda, N° de Poliza **20300146**, 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) 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 está a cargo del Tomador Asegurado

Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas	Plan 1			Plan 2			Plan 3		
	TITULAR	TITULAR + CÓNYUGE		TITULAR	TITULAR + CÓNYUGE		TITULAR	TITULAR + CÓNYUGE	
		TITULAR	CÓNYUGE		TITULAR	CÓNYUGE		TITULAR	CÓNYUGE
Muerte	\$ 1.814.400	\$ 1.814.400	\$ 907.200	\$ 2.520.000	\$ 2.520.000	\$ 1.260.000	\$ 3.360.000	\$ 3.360.000	\$ 1.680.000
Indemnización Adicional en caso de Muerte Accidental	\$ 1.814.400	\$ 1.814.400	\$ 907.200	\$ 2.520.000	\$ 2.520.000	\$ 1.260.000	\$ 3.360.000	\$ 3.360.000	\$ 1.680.000
Enfermedades Graves - Anticipo del 50% del Capital Asegurado	\$ 604.800	\$ 604.800	\$ 302.400	\$ 840.000	\$ 840.000	\$ 420.000	\$ 1.108.800	\$ 1.108.800	\$ 554.000
Premio Mensual	<input type="checkbox"/> \$ 1.451,52	<input type="checkbox"/> \$ 2.177,28	<input type="checkbox"/> \$ 2.016	<input type="checkbox"/> \$ 3.024	<input type="checkbox"/> \$ 2.688	<input type="checkbox"/> \$ 4.032			

(*) Sin sellados provinciales

FORMA DE PAGO

Forma de pago: CBU Tarjeta de Crédito Tarjeta: Visa Mastercard Otra: _____
N° 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.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

CONDICIONES GENERALES COMUNES - SEGURO DE VIDA
ARTÍCULO 12° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no abonará la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, cuando el fallecimiento del Asegurado se produjera directa o indirectamente como consecuencia de:

- Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo;
- Culpa grave del Asegurado;
- Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante del seguro sobre la vida del Asegurado;
- Participación como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras);
- Intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular;
- Intervención en otras ascensiones áreas o en operaciones o viajes submarinos;
- Abuso de alcohol y/o drogas;
- Uso de estupefacientes y/o narcóticos; salvo en caso de prescripción médica;
- Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte;
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva;



SOLICITUD SEGURO DE VIDA COLECTIVO PÓLIZA COLECTIVA PARA EL ASEGURABLE

Nº de Solicitud

12. Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
13. Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución;
14. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional del Asegurado, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
15. Intervenciones médicas ilícitas.

INDEMNIZACION ADICIONAL EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

ARTÍCULO 4º - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12º de las Condiciones Generales Comunes de póliza. La Compañía no otorgará cobertura en los siguientes casos:

- a) Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso;
- b) Intervención quirúrgica no motivada por accidente;
- c) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- d) Fenómenos sísmicos, huracanes, tornados o maremotos.

ENFERMEDADES GRAVES - ANTICIPO CAPITAL ASEGURADO ARTÍCULO 8º - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura las enfermedades que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12º de las Condiciones Generales Comunes de póliza.

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 N° 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

