

Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Orígenes Seguros de Vida S.A. (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 _____, 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: _____

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: _____ Es Zurdo: Si No
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Acepto expresamente recibir tanto el certificado de incorporación como los certificados individuales a emitirse con frecuencia mínima anual según lo establecido en el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora ("RGAA") aprobado por Resolución 38.708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación ("SSN"), descargándolos de la página institucional de la Aseguradora (www.origenes.com.ar), certificado que la Aseguradora podrá alternativamente entregar mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección de arriba indicada.

GRUPO EMPLEADOS (completar solo si es necesario)

Fecha de Ingreso: / / Sueldo Bruto Mensual: _____ ¿Posee otros seguros en Orígenes?: SI NO
 Capital Asegurado: _____ Categoría: _____

DATOS DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: / /

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

Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Muerte	\$
<input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente	\$
<input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente por accidente	\$
<input type="checkbox"/> Indemnizaciones adicionales por accidente - cláusula A	\$
<input type="checkbox"/> Indemnizaciones adicionales por accidente - cláusula B	\$
<input type="checkbox"/> Indemnización adicional - muerte accidental	\$
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves - pago adicional	\$
<input type="checkbox"/> Enfermedades graves - anticipo capital asegurado	\$
<input type="checkbox"/> Trasplantes	\$
<input type="checkbox"/> Hijo póstumo	\$
<input type="checkbox"/> Sepelio	\$
<input type="checkbox"/> Internaciones prolongadas	\$
<input type="checkbox"/> Cónyuges	\$
<input type="checkbox"/> Jubilados	\$

FORMA DE PAGO

Forma de pago: CBU Tarjeta de Crédito

Nº de Tarjeta / CBU: _____

Nº de Solicitud

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.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente póliza no cubre enfermedades preexistentes, en un todo de acuerdo con el art. 2 de las Condiciones Generales Específicas y Cláusula Adicional Enfermedades Preexistentes .

OTRAS EXCLUSIONES DE COBERTURA/CARENCIAS/RIESGOS NO CUBIERTOS

Conforme Adjunto

Edad Mínima de contratación:

Edad Máxima de contratación:

Edad Máxima de permanencia:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Orden	%

CÓNYUGE

¿Asegura a su cónyuge/conviviente?: SI NO

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Ocupación: _____

Fecha de Matrimonio/unión: _____ Capital Asegurado: _____

COMPLEMENTO PARA CLÁUSULA ADICIONAL DE SEPELIO

Grupo familiar del asegurado principal

Nombre	Parentesco con el Titular	D.N.I.	Fecha de Nacimiento

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: el Tomador contratante asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por el Asegurador en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo. Caso contrario el Asegurado dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes.

Firma del solicitante

Aclaración y cargo

Lugar y Fecha