

Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Orígenes Seguros S.A. (en adelante denominada el "Asegurador" o la "Compañía") ser incluido en la póliza de seguro colectivo de cáncer/cáncer femenino según corresponda N° _____, 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: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfono: _____ E-mail (si se tiene): _____

En relación con la póliza y demás documentación relativa al seguro contratado, incluidos el certificado de incorporación y 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 38708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación ("SSN"), solicito recibirlos:

- En soporte electrónico, a cuyo fin acepto descargarlos de la página institucional del Asegurador (www.origenes.com.ar) y que el Asegurador alternativamente pueda entregármelos mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección arriba indicada.
 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: / / Aumento Anual de la Suma Asegurada: SI NO Porcentaje Aplicable: _____
Se deja constancia que el pago de las primas está a cargo del Tomador Asegurado

Premio Mensual	Suma Asegurada
\$	\$

FORMA DE PAGO

Forma de pago: CBU Tarjeta de Crédito Otros

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 caso de corresponder, 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 Y 6 de las Condiciones Generales.

COBERTURAS / CLÁUSULAS ADICIONALES

Conforme Póliza

OTRAS EXCLUSIONES DE COBERTURA/CARENCIAS/RIESGOS NO CUBIERTOS

Conforme Póliza

Edad Mínima de contratación: 18 años

Edad Máxima de contratación: 64 años

Edad Máxima de permanencia: 65 años

Nº de Solicitud

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

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

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 _____ Aclaración _____ Lugar y Fecha _____