

Nombre del Contratante: **Universidad Nacional de La Plata**

 N° de CUIT: **30-5466670-7**

 Domicilio: **Avenida 7 N° 776 - Ciudad de La Plata - C.P. 1900**

Solicito a la Compañía Nación Seguros S.A., mi incorporación al Seguro Colectivo de Vida y/o Amparo Familiar, en un todo de acuerdo con las coberturas del seguro que se establecen en las condiciones de Póliza emitida a nombre de la Universidad Nacional de La Plata.

El solicitante está obligado a notificar a la compañía de manera fehaciente cualquier modificación en los datos registrados en esta solicitud

## Datos del Solicitante

 Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

 Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail (\*): \_\_\_\_\_

Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_ Tareas que desarrolla: \_\_\_\_\_

 Fecha de Ingreso al empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Su empleo es permanente?  NO  SI Remuneración Mensual: \$ \_\_\_\_\_

Referencia laboral/ personal/ comercial: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

 Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_

 ¿Posee algún seguro de vida?  NO  SI Compañía: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

A su saber y entender usted ¿padece, padeció o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias); psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares; gota, cáncer, tumores, diabetes y/o alguna otra afección no mencionada y que considere declarar?

 SI  NO Detalle: \_\_\_\_\_

 ¿Es Ud. zurdo?  NO  SI

 Apellido y Nombres del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Documento del Cónyuge:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ ¿Es Ud. zurdo?  NO  SI

 ¿Posee algún seguro de vida?  NO  SI Compañía: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

## Modalidad de envío de póliza/Certificado:

 Al domicilio del Asegurado  A través del Tomador / Contratante  A través del Agente / Productor  A la dirección indicada en el campo E-mail (\*)

## Producto

 **SEGURO DE VIDA (Póliza N° 1265)**
 **Titular**
 **Cónyuge/ Conviviente**
**Cobertura Básica:** Fallecimiento 24 Hs.

**Coberturas Adicionales**

- Invalidez total y permanente (enfermedad o accidente).
- Indemnizaciones adicionales por accidente (Pérdidas físicas parciales y/o muerte accidental, hasta la suma asegurada por muerte).

**Capitales Asegurados**
**Cantidad de módulos por \$50.000.- c/u**  **Total capital asegurado: \$** 

Entre 18 y 64 años de edad, 6 (seis) módulos como máximo.-

Cónyuge / Conviviente: 100% del capital correspondiente al titular.

A partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que el Asegurado en servicio activo cumpla los 65 años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50 %) sin admitirse posteriores aumentos, con un máximo de \$ 200.000.-

A partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que el Asegurado en servicio activo cumpla los 70 años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50 %) sin admitirse posteriores aumentos, con un máximo de \$ 100.000.-

**Edad Máxima de ingreso al seguro:** 64 años inclusive.-

**Edad máxima de permanencia en póliza:** 74 años inclusive.-

Las cláusulas adicionales finalizan a partir de la fecha en que el asegurado cumple 65 años de edad

 \_\_\_\_\_  
 Firma y aclaración del Solicitante.

 \_\_\_\_\_  
 Firma y aclaración del Cónyuge / Conviviente  
 (en caso de haber solicitado la cobertura)

 \_\_\_\_\_  
 Firma y aclaración del Asesor

Legajo \_\_\_\_\_

# Solicitud de Seguro de Vida Colectivo y Amparo Familiar

Nombre del Contratante:

N° de CUIT:

Nombre del Solicitante:

Documento N°:

## Beneficiarios para el Seguro de Vida

### BENEFICIARIOS DEL TITULAR (La sumatoria de los porcentajes debe ser del 100%)

Nombre y Apellido	Sexo:	Documento	Parentesco	%
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

### BENEFICIARIO DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE: (La sumatoria de los porcentajes debe ser del 100%)

Nombre y Apellido	Sexo:	Documento	Parentesco	%
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

**IMPORTANTE:** Designar sus beneficiarios en la cobertura que esta solicitando 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. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.

### SEGURO DE AMPARO FAMILIAR (Póliza N° 1266)

**Cobertura:** Muerte por cualquier causa (Grupo Familiar – Cláusula A).

**Sumas Aseguradas:** Titular \$10.000.-

Cónyuge / Conviviente e hijos \$6.000.- por persona.

**Edad Máxima de ingreso al seguro:** 64 años inclusive

**Edad máxima de permanencia en póliza:** 74 años inclusive

**Cobertura de los hijos:** Será partir de los 14 años y hasta que cumpla los 21 años de edad, salvo los hijos discapacitados a cargo del titular que serán cubiertos sin límite de edad.

Desde su nacimiento y hasta cumplir los 14 años estarán cubiertos solo por los gastos incurridos en el servicio de sepelio.

## Grupo Familiar a Asegurar

Relación	Nombre y Apellido	Sexo:	Documento	Actividad	Fecha de Nacimiento
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Cónyuge / Conviviente  
(en caso de haber solicitado la cobertura)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Asesor  
Legajo \_\_\_\_\_

# Solicitud de Seguro de Vida Colectivo y Amparo Familiar

Nombre del Contratante:

N° de CUIT:

Nombre del Solicitante:

Documento N°:

## Beneficiarios para el Seguro Amparo Familiar

### BENEFICIARIOS DEL TITULAR (La sumatoria de los porcentajes debe ser del 100%)

Nombre y Apellido	Sexo:	Documento	Parentesco	%
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

### BENEFICIARIO DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE: (La sumatoria de los porcentajes debe ser del 100%)

Nombre y Apellido	Sexo:	Documento	Parentesco	%
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

**IMPORTANTE:** Designar sus beneficiarios en la cobertura que esta solicitando 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. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.

## Forma de Pago

**DESCUENTO DE HABERES** Dependencia: \_\_\_\_\_ Legajo: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a Nación Seguros S.A. en mi carácter de titular, a que debiten mensualmente de mi Recibo de Haberes, el importe correspondiente al costo del presente seguro.

Queda entendido que dicho seguro se mantendrá vigente mientras se realice efectivamente el descuento del premio del recibo de haberes. La falta de descuento mediante las formas de pago especificadas obliga al asegurado a hacer efectivo en término el seguro en el domicilio del Tomador a fin de mantener su vigencia.

Asimismo el Asegurado asume la obligación de informar al Tomador o a Nación Seguros S.A. cualquier modificación de datos o medios de pago elegidos.

**IMPORTANTE:** Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que 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 NACION 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 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. La cobertura no entrará en vigencia hasta tanto el pago efectuado se encuentre acreditado en la cuenta corriente de Nación Seguros S.A. Declaro estar en conocimiento y aceptar las condiciones del seguro que mediante esta solicitud requiero.

Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, 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. (Art. N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418).

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21, inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Cónyuge / Conviviente  
(en caso de haber solicitado la cobertura)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Asesor

\_\_\_\_\_  
Legajo