



SEGURO DE VIDA • GRUPO FAMILIA | FORMULARIO DE SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE • ASEGURADO PRINCIPAL

TOMADOR

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: _____

NACIONALIDAD: _____ SEXO (Seleccione): Masculino Femenino EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL (Seleccione): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a FUMADOR (Seleccione): Si No

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ MAIL: _____

OBRA SOCIAL /PREPAGA: _____ N° AFILIADO: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA: _____ PROFESIÓN / OCUPACIÓN: _____

ASEGURADO

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: _____

NACIONALIDAD: _____ SEXO (Seleccione): Masculino Femenino EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___/___/___ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL (Seleccione): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a FUMADOR (Seleccione): Si No

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE: _____ N°: _____ PISO: _____ DEPTO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ MAIL: _____

OBRA SOCIAL /PREPAGA: _____ N° AFILIADO: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA: _____ PROFESIÓN / OCUPACIÓN: _____

Habiendo consignado mi correo electrónico deixo expresa constancia de mi aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarme por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro, asimismo toda la información remitida por el Asegurado en formato adjunto PDF o en el cuerpo del mensaje será tomada como válida entre las partes.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Nombre y Apellido	Tipo de Documento y Nro.	Vínculo / Relación	Distribución Porcentual
-------------------	--------------------------	--------------------	-------------------------

En el caso de no establecerse beneficiario/s por parte del asegurable, se considerarán por tales a los herederos legales.



PLAN DE VIDA SOLICITADO Y FORMA DE PAGO

SUMA ASEGURADA VIDA SOLICITADA: \$ _____

INICIO DE VIGENCIA: ____/____/____ | FIN DE VIGENCIA: ____/____/____ | FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

Cláusula Adicional de Invalidez total y permanente: Si No

Cláusula de Indemnización Adicional ante accidente: Si No

SUMA ASEGURADA: \$ _____

Cláusula Transplante de órganos: Si No

Cláusula Complementaria de Anticipo del Capital por Fallecimiento en caso de Enfermedad Grave con diagnóstico terminal: Si No

Incremento automático semestral de las Sumas aseguradas: Si No

PERIODICIDAD DE PAGO DEL PREMIO (Seleccione): Mensual Trimestral Semestral Anual

FORMA DE PAGO: _____ N° TARJETA DE CRÉDITO: _____

CBU (si corresponde): _____ ALIAS: _____

PÓLIZA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA: El seguro solicitado tiene el carácter de renovable automáticamente sin necesidad de comunicación entre las partes, conforme con las Condiciones Generales de la Póliza.

CUESTIONARIO DE SALUD • ASEGURADO PRINCIPAL

Familiares	Vive	Edad	Estado de Salud	Enfermedad	Edad de fallecer	Causa de Fallecimiento
PADRE	Si No					
MADRE	Si No					
HERMANOS	Si No					
	Si No					

Por favor responda las siguientes preguntas. En caso de respuesta afirmativa, por favor brinde datos e información sobre la enfermedad, lesión o característica indicada. Por ejemplo, fecha de diagnóstico, duración, causas, tratamientos realizados, resultados, secuelas, identificación del médico o institución médica.

1.- ¿El Asegurado padece o ha padecido de alguna enfermedad?

(detalle cuál, desde cuándo, si se encuentra bajo tratamiento y los datos completos del médico tratante)

2.- ¿Padece, ha padecido o le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades? En tal caso Indique cuál.

(Sistema cardiovascular, Hipertensión, Diabetes, Sistema nervioso, Epilepsia, Ulcera, Gastritis crónica, Enfermedades del pulmón, del hígado, del riñón, de próstata, del aparato genital, cáncer, tumores, trastornos mentales, venéreas, adicciones al alcohol, a la droga, SIDA HIV)

3.- ¿Esta bajo tratamiento médico? (¿Quién es el médico de consulta, de qué lo ha atendido y cuándo?)

4.- ¿Actualmente el Asegurado esta sano?



5.- ¿Consume Usted diariamente bebidas con alcohol, como vino, cerveza o licores? Por favor indicar bebida y cantidad diaria.

6.- ¿Fuma Usted o ha fumado durante los últimos 5 años? Por favor indicar cantidad diaria.

7.- ¿Toma Usted o ha tomado algún medicamento? Por favor indicar medicamento y dosis.

8.- ¿Necesita Usted o necesitó hacer uso de sedantes? ¿Cuál y por qué razón? Por favor indicar medicamento y dosis.

9.- ¿Su peso ha disminuido o aumentado significativamente en el último año? En caso afirmativo, por favor detallar.

10.- ¿Está Usted o ha estado sometido a regímenes alimenticios? ¿En qué fecha? ¿Con qué objetivo? Por favor describa el régimen:

11.- ¿Le ha sido diagnosticado a Usted exceso de colesterol? En caso afirmativo, por favor indicar los registros correspondientes.

12.- ¿Le ha sido diagnosticado exceso de presión arterial? En caso afirmativo, por favor indicar el registro de la presión.

13.- ¿Se ha inyectado o ingerido alguna vez drogas y/o medicamentos no prescritos por un médico? En caso afirmativo, por favor indique cuántas veces, con qué frecuencia aproximada y qué tipo de drogas y/o medicamentos.

DECLARACIONES ADICIONALES

El Solicitante declara haberse impuesto a las Condiciones Generales Comunes y Cláusulas Adicionales de las coberturas solicitadas, las que acepta en su totalidad y afirma que las informaciones dadas son completas y veraces. Lo antes declarado en esta solicitud se considera parte integrante de la Póliza que cubrirá el objeto del seguro indicado en esta orden.

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 (Art. 5 - Ley de Seguros N° 17.418).

Asimismo, declaro que **SI** / **NO** se encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la nómina de funciones de "Personas Expuestas Políticamente-PEP" aprobada por la UIF (Unidad de Información Financiera), de las cuales me ha informado Digna Seguros S.A. y que los fondos para el pago de este seguro son de origen lícito.

Además, asumo el compromiso de presentar la documentación requerida para el "PEP" e informar cualquier modificación que se produzca en este aspecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrido, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

ADVERTENCIA – MEDIOS HABILITADOS PARA EL PAGO:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Economía N°407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía N°429/2000 y N° 90/2001, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los siguientes:



a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nro. 21.526

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nro. 25.065

d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación 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.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo. Todo pago realizado no es cancelatorio de la obligación hasta tanto no se formalice el ingreso de los fondos en algunos de los sistemas indicados.

IMPORTANTE

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gov.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

ASEGURADO PRINCIPAL:

____/____/____ | _____ | _____ | _____ | _____
FECHA (dd/mm/aaaa) y LUGAR ACLARACIÓN DE LA FIRMA DNI FIRMA

TOMADOR:

____/____/____ | _____ | _____ | _____ | _____
FECHA (dd/mm/aaaa) y LUGAR ACLARACIÓN DE LA FIRMA DNI FIRMA

El formulario deberá ser enviado a emisionap@digna.seg.ar en formato PDF con la mejor calidad posible.

ASEGURADO:

____/____/____ | _____ | _____ | _____ | _____
FECHA (dd/mm/aaaa) y LUGAR ACLARACIÓN DE LA FIRMA DNI FIRMA