

## 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