

## Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Orígenes Seguros de Vida S.A. (en adelante denominada el "Asegurador" o la "Compañía") la emisión de una póliza de seguro de vida individual, en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y Clausulas Adicionales que forman parte de la misma, sobre la base de los riesgos detallados en la presente, 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 PERSONALES DEL SOLICITANTE

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: \_\_\_\_\_

**Acepto expresamente a recibir la póliza a emitirse con frecuencia mínima anual según lo establecido en el artículo 25.2 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), Póliza que la Aseguradora podrá alternativamente entregar mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección de arriba indicada.**

## DATOS DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: / /

Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Muerte	\$
<input type="checkbox"/> Invalidez total y permanente - liquidación del capital asegurado	\$
<input type="checkbox"/> Indemnización adicional por muerte accidental	\$
<b>Premio mensual</b>	<b>\$</b>

## FORMA DE PAGO

Forma de pago:  CBU  Tarjeta de Crédito

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 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.

## COBERTURAS / CLÁUSULAS ADICIONALES

Conforme Adjunto

## OTRAS EXCLUSIONES DE COBERTURA/CARENCIAS/RIESGOS NO CUBIERTOS

Conforme Adjunto

Edad Mínima de contratación: 18 años

Edad Máxima de contratación: 64 años

Edad Máxima de permanencia: 65 años

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

### Nº de Solicitud

**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 \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

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