

## 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 accidentes personales, 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 arriba indicada.**

## DATOS DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: / /  
Se deja constancia que el pago de las primas está a cargo del  Tomador  Asegurado

## 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.

| Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas        | Suma Asegurada |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Muerte                       | \$             |
| <input type="checkbox"/> Invalidez permanente total   | \$             |
| <input type="checkbox"/> Invalidez permanente parcial | \$             |
| <input type="checkbox"/> Invalidez temporaria         | \$             |

¿Desea cubrir, mediante la extraprima correspondiente, alguno de los siguientes riesgos adicionales?:  Si  No

a. ¿La práctica de otros deportes que no sean los enumerados en el art. 4 cláusulas 1, 2 y 3 de las Condiciones Generales? (índique cuales), ¿La práctica profesional de cualquier deporte?, ¿la práctica profesional de cualquier deporte comprendido en el art. 4 cláusula 1, 2 y 3?.  Si  No

b. ¿El uso de motocicletas u otros vehículos similares?.  Si  No

c. ¿Los gastos de asistencia médica para los riesgos cubiertos hasta la suma de \$ \_\_\_\_\_ ?

Cobertura adicional de asistencia médica

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

Conforme Adjunto

Edad Mínima de contratación:

Edad Máxima de contratación:

Edad Máxima de permanencia:

## Nº de Solicitud

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

### CUESTIONARIO ADICIONAL

#### Acerca de su actividad:

|   |                         |
|---|-------------------------|
| a. ¿Cuál es su profesión, industria u ocupación habitual?   | _____                   |
| b. ¿Qué cargo desempeña? (dueño, director, empleado, etc.)  | _____                   |
| c. ¿Trabaja manualmente? (si lo hace con útiles mecánicos, indíquelos, así como la fuerza motriz empleada).   | _____<br>_____          |
| d. ¿Dirige Ud. Trabajos? Cuáles.  | _____<br>_____          |
| e. Además de la ocupación declarada mas arriba, ¿ejerce alguna otra, o realiza trabajos manuales, o manipulaciones peligrosas, experimentos de laboratorio, etc.? | _____<br>_____<br>_____ |

#### A los efectos de la cláusula 7 de las condiciones generales (personas no asegurables):

|   |                       |
|---|-----------------------|
| a. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad grave o accidente?                              | _____                 |
| b. ¿Tiene algún defecto físico? (En caso afirmativo especificar cuál)                   | _____                 |
| c. ¿Tiene algún defecto visual? (Especificar cuál y en qué medida)                      | _____<br>_____        |
| d. ¿Es sordo, total o parcialmente?<br>(Indíquese con respecto a cada uno de los oídos) | _____<br>_____        |
| e. ¿Cuál es su estatura y peso actual?  | _____ mtrs. _____ Kg. |

#### Consultas Generales:

|   |                         |
|---|-------------------------|
| a. ¿Tiene, ha tenido o está tramitando otro u otros seguros de accidentes personales y/o contra infortunios de aeronavegación?                | _____<br>_____          |
| b. ¿En qué compañía, porque riesgos y porque sumas?   | _____<br>_____          |
| c. Si no están en vigencia, ¿por qué motivo dejaron de estarlo?   | _____<br>_____          |
| d. ¿Se le ha rechazado alguna solicitud de seguro de accidentes personales o de vida en otras compañías? (Indíquese las causas y la compañía) | _____<br>_____<br>_____ |

**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.

### Nº de Solicitud

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