



DIVISION SEGUROS DE PERSONAS



INCORPORACION SALUD ALTA COMPLEJIDAD



POLIZA	VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		El certificado iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora.	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.			

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	CAJA FORENSE DE ENTRE RIOS												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI									
CUIT/CUIL NRO.: 3 0 5 4 1 5 0 6 5 2 3													
<b>ENTREGA DE POLIZA POR MEDIO ELECTRONICO:</b> En mi carácter de <b>TOMADOR/ASEGURADO</b> , solicito que la documentación asociada a esta solicitud de seguro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección de correo electrónico: <b>EMAIL:</b> lacaja@cajaforense.org.ar													

ASEGURABLE	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI									
	CALLE						NRO.		PISO		D.T.O.		
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO		
	EMAIL										ACTIVIDAD PRINCIPAL		

DECLARACION DE SALUD	De acuerdo a su conocimiento:		SI	NO	AMPLIACIONES
	1.1) ¿Sufrir de hipertensión? <b>En caso afirmativo completar el Cuestionario de Hipertensión.</b>				Niveles:
	1.2) ¿Sufrir de diabetes? <b>En caso afirmativo completar el Cuestionario de Diabetes</b>				
	1.3) ¿Sufrir de depresión o enfermedad mental?				
	2) ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico y/o ingiriendo alguna medicación?				Detalles:
	3) ¿Sufrir algún accidente, operación, internación o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar a un médico?				Detalles:
	4) ¿Adolece de algún defecto, molestia física, implantación de prótesis o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?				¿Cuáles?
	5) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?				Detalles:
6) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como RECEPTOR de órganos?					
7) ¿Cuando se trate de mujer: ¿Se encuentra embarazada?				¿De cuántos meses?	

El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeta a la aprobación de la Solicitud por parte de SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, de acuerdo a los requerimientos de la Cooperativa.  
**Autorizo a SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, a solicitar Informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.**

**Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418:** "La propuesta del contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales".  
**Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418:** "Toda declaración falsa o toda retención de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".  
**Resolución N° 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:** "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.  
 Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."  
**Declaro que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto mi voluntad de celebrar por el precio que corresponda a la fecha de emisión de la póliza respectiva, un contrato de seguro de acuerdo con las especificaciones de esta propuesta, regidos por las condiciones contractuales de la póliza, cuyas disposiciones conozco y acepto.**  
**Declaro/amos que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto/amos mi/nuestra voluntad de celebrar por el precio que corresponda a la fecha de emisión de la póliza respectiva, un contrato de seguro de acuerdo con las especificaciones de esta Solicitud y sus Anexos, regidos por las Condiciones Generales, el "Convenio con el Tomador" y el "Título Ejecutivo", cuyas disposiciones conozco/cemos y acepto/amos.**

LUGAR: .....	FIRMA DEL ASEGURABLE	FIRMA DEL TOMADOR	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.
FECHA: .....	ACLARACION DE FIRMA	ACLARACION DE FIRMA	FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR
			MATRICULA N°: