



# Seguro Colectivo de Vida

Afiliado N°: .....

Boleta N°: .....

Repartición N°: .....

Póliza N°: .....



Solicito a la CAJA POPULAR DE AHORROS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN, la incorporación al SEGURO COLECTIVO DE VIDA, declaro conocer y aceptar expresamente las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, sus Anexos, la Ley de Seguros y su Reglamentación. A tal efecto autorizo se me descuente de mis haberes el importe del premio correspondiente.-

### TITULAR:

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: ..... Nacido: ..... / ..... / ..... Edad: .....

Domicilio: .....

### BENEFICIARIOS:

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: .....

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: .....

### CÓNYUGE:

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: ..... Nacido: ..... / ..... / ..... Edad: .....

Lugar de Trabajo: ..... Jubilado desde: ..... / ..... / .....

### BENEFICIARIOS:

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: .....

Apellido y Nombre: .....

Documento de Identidad - Tipo: ..... N°: .....

IMPRESA - CAJA POPULAR DE AHORROS

Lugar y Fecha

Firma del asegurado Principal

Certifico la Firma y la veracidad de las declaraciones que anteceden.-

Firma y Sello del Director/a o Responsable



# Seguro Colectivo de Vida

Afiliado N°: .....

Boleta N°: .....

Repartición N°: .....

Póliza N°: .....



### Titular:

Apellido y Nombre: .....

Beneficiario: .....

### CÓNYUGE:

Apellido y Nombre: .....

Beneficiario: .....

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

P/ Caja Popular de Ahorros

## Declaración Jurada de Salud para Seguros Adicionales

**Ley 17.418 - Art. 5°** Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocida por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.-

**La Caja Popular de Ahorros de la Provincia de Tucumán**, No cubrirá el riesgo de incapacidad y/o accidente, si el mismo proviniese del causales declarados en el punto 1° y 2°.-

A los efectos del **Seguro Colectivo de Vida e Incapacidad Total y Permanente** y como base del mismo en mi carácter de Titular del Seguro, en representación del Cónyuge, contesto las siguientes preguntas:

1° ----- Sufre o ha sufrido algún malestar físico, psíquico o enfermedad que lo haya obligado consultar al médico?.- Indique fecha y causa.

TITULAR: .....

CÓNYUGE: .....

2° ----- Sufre o ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica?.- Indique fecha y causa.

TITULAR: .....

CÓNYUGE: .....

3° ----- Goza de Buena Salud?.

TITULAR: .....

CÓNYUGE: .....

4° ----- Relevo, en relación con el seguro, a los médicos que me han asistido a los que hagan en el futuro, del secreto profesional para que pueda aportar al asegurador los elementos que o informes que conozcan sobre mi salud o enfermedad al igual que mi cónyuge.-

5° ----- Acepto se me descuente premios por seguro

ADICIONALE TITULAR: .....

ADICIONALE CÓNYUGE: .....

Lugar y Fecha

Firma del asegurado Principal

### Principales Disposiciones del Seguro

1° Las coberturas que se describen en este certificado individual, tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente del que se efectúe el descuento del Premio (Art. 9 de las Condiciones Generales de la Póliza) excepto en el Seguro de Invalidez adicional, y el Seguro Adicional de cónyuge, que tendrán vigencia a partir del primer día del cuarto mes al correspondiente al descuento del Premio (Art. 5 Clausula de Invalidez, Inciso c) Anexo 3 e Inciso d) Anexo 4 de la Póliza de Seguros Adicionales).-

2° Este Seguro cubre los riesgos de muerte; pérdidas anatómicas por accidentes; invalidez total y permanente e irreversible, del agente con relación de dependencia, durante la vigencia del seguro y antes de cumplir los sesenta (60) años de edad, para los dos últimos casos.-

3° La cobertura los riesgos que asume el Asegurador, en caso del Seguro Obligatorio, ascenderá por muerte, a la que indique periódicamente la Aseguradora conforme a lo dispuesto por la Art. 4° de la Invalidez Total y Permanente) y por Accidente, los porcentajes que se indique en cada caso en la Cláusula respectiva.-

4° Los Asegurados que se retiren por jubilación o dejen de estar por cualquier motivo al servicio del contratante, quedarán excluidos de la póliza después de 30 días a partir de la fecha que haya dejado de prestar servicio activo. Los incluidos en la póliza por un termino no menor a 1 año, podrán optar por su continuación, siempre que lo solicite por escrito ante el contratante antes de que se hayan dejado de prestar servicio. Al igual se seguirá con el cónyuge, en caso de fallecimiento del titular.-

5° El seguro quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

a)- Por renuncia a continuar con su seguro; b)- Por cesantías o retiro voluntario del empleo; c)- Por caducidad o rescisión del contrato.-

6° El Asegurado la carga de suministrar todas la informaciones que sean requeridas, que se relacionen con el seguro.-

7° Los derechos de esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.-

8° Es condición indispensable para la vigencia: a)- que el Asegurado haya abonado el premio, b)- que la Caja Popular de Ahorros hubiese aprobado su incorporación y/o aumento de capital.-

9° En caso de existir a la fecha del fallecimiento del Asegurado, herederos o beneficiarios menores de edad, el padre o la madre solicitaran autorización ante el Juez de menores para percibir la indemnización correspondiente.-

10° El Asegurado podrá incorporar a este seguro a su cónyuge, el que gozará de los mismos beneficios que el asegurado principal. la incorporación se realizará en las condiciones que la Caja Popular de Ahorros determine.-