

POLIZA VIDA COLECTIVO ABIERTO - BECA
Solicitud de incorporación

Fecha:	/ /	Vigencia:	/ /	Productor:	
Póliza N°:				Código N°:	
Certificado N°:					
TOMADOR:					

Datos del Solicitante: Padre / Tutor o Responsable del pago de las cuotas de escolaridad:

Apellido y Nombre:			
Domicilio:			
	CP: ()	Localidad:	
Tipo y N° de documento *:	CUIT/CUIL*:		
Fecha de nacimiento *:	/ /	Estado civil:	
E-mail *:			
Cuota inicial:	\$	Profesión:	

Datos del Alumno:

Apellido y Nombre:			
Domicilio:			
	CP: ()	Localidad:	
Tipo y N° de documento *:	CUIT/CUIL*:		
Fecha de nacimiento*:	/ /	Grado/cursó:	

Requisitos de asegurabilidad:

- Edad máxima de ingreso: 60 años.
- Edad máxima de permanencia: 70 años.

Personas asegurables:

Reviste carácter de asegurable para la incorporación al presente seguro, las personas que resulten responsables directas del pago de la cuota mensual y demás gastos que demanden los estudios primarios, secundarios y jardín de infantes.

Riesgos no cubiertos:

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto a residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

- Los derivados de Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, En caso de guerra que la corresponda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
- Similar tratamiento al establecido en el inciso anterior merecerán los riesgos derivados de terremotos, epidemias y otras catástrofes.
- Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- La participación de los asegurados como conductor o integrante de equipos de competencia terrestre, marítima o aérea, mecánica o de tracción a sangre.
- Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.
- La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo.
- Suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos (1) año antes del hecho.

SI - VC - BE - 0419

Antecedentes clínicos

¿Ha estado o está Ud. bajo tratamiento médico?
En caso afirmativo, indique la causa.

SI ☐ NO ☐

¿Se considera Ud. en buen estado de salud?
En caso negativo, indique la causa.

SI ☐ NO ☐

El Art. 5º de la Ley 17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

"Riesgos No cubiertos", la compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente. Como enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros 12 (doce) meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento.

Autorizo a la Aseguradora a solicitar informes de mi salud a los médicos que me han asistido o que me asistan en el futuro, en cuanto se relacionen con este seguro, relevándolos de la obligación de guardar el secreto profesional.

Beneficiario:

Se instituye Beneficiario al Tomador, quien destinará la indemnización recibida a cubrir los gastos que demanden los estudios del alumno. Queda entendido y convenido que la Beca a otorgar, deberá cubrir el costo total de la prestación, con iguales alcances y en las mismas condiciones que el resto de los alumnos que cursen los mismos ciclos.

Por la presente, solicito ser incluido en el Seguro Colectivo de vida, de acuerdo con las condiciones de la póliza en poder del Contratante.

Fecha:..... Firma del Asegurado:.....

Firma y sello del Contratante:.....
Certifico los datos arriba mencionados

NOTA: Sírvase escribir estos datos con toda claridad, si es posible a máquina o en letra de imprenta.