

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; especificar en forma precisa la profesión u ocupación del solicitante y responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

NOTA: Se ruega NO OMITIR ninguna respuesta.

Las siguientes declaraciones las efectúa el Proponente Asegurable y/o el Contratante y formarán parte integrante del contrato de seguro.

Ley N° 17.418 (Ley de Seguros) Art. 5 - "Toda declaración falsa o reticencia 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 hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

DATOS DEL TOMADOR

Tomador:		
CUIL/CUIT:	Teléfono:	
E-mail:		
Domicilio / Calle:	N°:	Piso/Dpto:
C.P:	Localidad:	Provincia:

COBERTURAS ADICIONALES

(marque la cobertura solicitada)

■ **Pérdida de Ingresos por Desempleo Involuntario:** Sí NO

Cantidad de beneficios mensuales:

Para ser elegible para esta cobertura adicional, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. No haber alcanzado la Edad Máxima de Contratación establecida en las Condiciones Particulares de las Coberturas Adicionales;
2. Tener vigente la cobertura básica de seguro de vida;
3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional, estar empleado bajo relación de dependencia en una relación laboral permanente a tiempo completo sin plazo de vigencia preestablecido.

Se entiende que una relación laboral es a tiempo completo cuando demanda al empleado trabajar por lo menos 30 horas semanales.

■ **Invalidez Total Temporaria:** Sí NO

Cantidad de beneficios mensuales:

Para ser elegible para esta cobertura adicional, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. No haber alcanzado la "Edad Máxima de Contratación" establecida en las Condiciones Particulares de las Coberturas Adicionales.
2. Tener vigente la cobertura básica de seguro de vida.
3. No ser un trabajador en relación de dependencia.

* El beneficio que acuerdan las Condiciones Específicas de la Cobertura Adicional de Invalidez Total Temporaria no se pagará cuando el estado de incapacidad se genere por embarazo.

■ **Invalidez Total y Permanente:** Sí NO

Capital Asegurado: coincide con el fijado para la cobertura básica.

F: SCVD SS - F.I.: 01 / 2020

CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

(marque la opción solicitada)

■ Cláusula Adicional de Participación en Utilidades: Sí NO

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Tomador

NÓMINA DE ASEGURADOS

Nro.	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	Capital Asegurado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					