



Solicitud Simple

El Asegurable deberá registrar las respuestas de su puño y letra.

Código Productor: _____ Póliza N°: _____

1. Datos del Asegurable

Apellido y Nombre Completos: _____

Tipo y Número de Documento: _____ CUIL/CUIT/CDI/CUIP: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: Argentina Otra _____ Estado Civil: _____

E-mail: _____ Act. Laboral: _____

Peso: _____ Kgs. Altura _____ Mts. Masculino Femenino

¿Ha fumado en los últimos 12 meses? Sí (indique cantidad diaria) _____ No

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí (indique cantidad y tipo por semana) _____ No

Por favor indique si realiza alguna otra actividad laboral simultánea a la enunciada anteriormente, así como también de contar con una profesión distinta a la desempeñada: _____

Indique Obra Social o Prepaga _____ Médico de cabecera _____

2. Frecuencia y coberturas

Cobertura Principal: Muerte por cualquier causa las 24 hs: _____ (Monto expresado en \$)

Coberturas Adicionales:

Invalidez Total y Permanente Doble indemnización por muerte accidental Pérdidas físicas por accidente

Prima de inicio: _____ X _____ % = _____
Suma asegurada Tasa premio mensual Premio mensual

Frecuencia de pago:

Mensual Trimestral Semestral Anual

3. Forma de pago

Autorizo a ALLIANZ Argentina Compañía de Seguros S.A. a debitar los importes correspondientes a los aportes acordados, de acuerdo a la frecuencia de pago estipulada. Dando aquí expreso consentimiento para efectuar los pertinentes débitos hasta tanto no manifieste mi voluntad en contrario por un medio fehaciente a ALLIANZ Argentina Compañía de Seguros S.A. con una antelación de treinta días.

Débito directo en cuenta bancaria Débito directo en Tarjeta de crédito Otro (aclarar) _____

Nro de Tarjeta de crédito o CBU _____

Banco o tipo de tarjeta _____

Denominación de la cuenta o Titular de la Tarjeta de crédito _____

Sólo para caso de Tarjeta de crédito
Código de seguridad Vencimiento

Firma y aclaración del titular de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria (en caso de ser distinto del asegurable)

Nro DNI - CI - LE - LC

Aviso Importante

Según Resolución N° 407/2001 de la Superintendencia de la Nación, que determina los sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros corresponde disponer que:
Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Medios electrónicos de cobro previamente habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley 21.526, estando comprendido en ello, el pago en ventanilla o débito en cuenta. c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley 25.065. d) En el supuesto que se utilicen medios electrónicos de cobro, los mismos están facultados a funcionar en los domicilios, puntos de venta o cobranzas habilitados a tal efecto por la Superintendencia de Seguros de la Nación. En este caso deberán ajustarse a las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio previsto por la Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

4. Designación de beneficiarios

Apellidos y Nombres Completos	Tipo y N° de Doc.	Vínculo	Edad	Participación (%)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

En caso de Beneficiarios menores de 21 años, designo como tutor/a: _____

5. Declaración de salud

En caso de respuestas afirmativas, por favor detallar observaciones, diagnóstico, tratamiento y estado actual en casilla de observaciones.

	SI	NO
a) ¿Se considera en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Padece de alguna anomalía o trastorno de tipo psíquico o físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Ha tenido o recibido indicación médica o tratamiento por hipertensión, infarto de miocardio u otra enfermedad del corazón, diabetes, asma, enfermedades del pulmón u otra enfermedad respiratoria, enfermedades de los riñones, próstata o aparato reproductor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido algún accidente por el cuál haya requerido tratamiento médico, cirugía y/u hospitalización o ha sido sometido a alguna investigación, radiografía o a algún otro estudio durante los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Le ha sido rechazado u ofrecido algún seguro de vida con recargos médicos o extraprimas por actividad en alguna compañía de Seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Se ha ausentado del trabajo por enfermedad o lesión por más de cinco (5) días consecutivos en los últimos cinco(5) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Ha sido sometido a algún procedimiento, tratamiento o prueba sanguínea en relación con el SIDA o alguna enfermedad de transmisión sexual incluyendo hepatitis B o C? ¿Se ha sometido a un tratamiento basado en hemoderivados? ¿Le han practicado alguna transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Ha sufrido afección o cualquier trastorno de los aparatos nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario, o de los huesos o articulaciones, ojos, nariz, boca u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Hay en su familia (padres naturales, hermanos) antecedentes de enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, apoplejía, tuberculosis o enajenación mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Sigue actualmente algún tipo de medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál?: _____		

Observaciones:

Declaro que he leído todas las contestaciones consignadas en este formulario y las considero verdícas, precisas y completas. Autorizo con relación al seguro, a los médicos que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conozcan sobre mi salud o las enfermedades padecidas por mí y a realizar los exámenes médicos y/o prácticas (incluyendo búsqueda del virus del SIDA si fuese necesario) en cuanto se relacione con el seguro solicitado.

La aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente a la fecha de vigencia inicial de su incorporación a la póliza que le produjera directa o indirectamente la muerte. Se entiende por enfermedad preexistente la que el asegurado padeciere desde antes de su fecha de incorporación a la póliza. Dicha enfermedad será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulte desencadenante del proceso de fallecimiento, fuere base del mismo tuviese conexión principal con él.

El Art. 5 de la ley de Seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurable 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 de riesgo, hace nulo el contrato.

Nota Importante: Esta solicitud no implica la aceptación del riesgo.

_____	_____	_____
Lugar y fecha	Firma del Asegurable	Aclaración
_____	_____	_____
Lugar y fecha	Firma del Productor Contratante	Aclaración y Nro. de Matrícula