



Completarlo digitalmente
Escaneá el código

Seguro colectivo de accidentes personales — Solicitud individual del titular y cónyuge o conviviente

SOLICITUD

Tipo de solicitud

☐ Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualización de datos (solo para asegurados ya incluidos en la póliza)

Solicitud N° (opcional)

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO

Fecha de ingreso al empleo Vínculo con el tomador Tipo de documento

N° de documento Apellido y nombre ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ Pasaporte

Fecha de nacimiento

Sexo Estado civil

☐ F ☐ M ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión civil

CUIL / CUIT

Domicilio

N° Piso (opcional) Dpto (opcional)

Localidad CP

Provincia Cód. área (opcional)

Tel. particular (opcional) Tel. celular

E-mail ¿Es zurdo? Nacionalidad

☐ Sí ☐ No ☐ Argentina ☐ Extranjera

Autorización de descuento

☐ Dejo autorizado para que desde el momento en que el asegurador acepte esta solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurador, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en el certificado de incorporación individual.

BENEFICIARIOS DEL SOLICITANTE TITULAR / ASEGURADO

Apellido y nombre	Documento	% de benef.	Fecha nac.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL SOLICITANTE TITULAR

Tipo de solicitud

☐ Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualización de datos (solo para asegurados ya incluidos en la póliza)

Apellido y nombre Tipo de documento

N° de documento

Fecha de nacimiento Sexo ¿Es zurdo? Nacionalidad

☐ F ☐ M ☐ Sí ☐ No ☐ Argentina ☐ Extranjera

Tel. celular (opcional) E-mail (opcional)

Cuando el cónyuge conviviente revista carácter de asegurable por estar vinculado con el tomador, solo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge o conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge o conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Apellido y nombre	Documento	% de benef.	Fecha nac.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

COBERTURAS Y OBSERVACIONES

Coberturas solicitadas: ver Anexo 1 — Coberturas.

Observaciones / rectificación de datos (opcional)

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaro que:

¿Posee cobertura médica, como ser Obra Social o Medicina Prepaga? — Titular

☐ Sí ☐ No

¿Posee cobertura médica, como ser Obra Social o Medicina Prepaga? — Cónyuge o conviviente

☐ Sí ☐ No

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Solicito que la documentación referida a mi póliza me sea entregada por medios electrónicos. Asimismo, solicito y presto conformidad para que todo intercambio de comunicación y/o notificación relacionada con mi seguro sea efectuada vía e-mail, y/o a través de cualquier otro medio electrónico (Ej: Chat online, App Móvil, o Whatsapp). Tomo conocimiento y acepto que podré obtener mi certificado individual de incorporación ingresando a www.woranz.com/documentacion o desde mi celular descargando la aplicación www.woranz.com/movil. En caso de tener algún inconveniente para la obtención del certificado por la vía mencionada, estoy debidamente informado que podré solicitarlo al teléfono 0800-266-4240 o vía e-mail a chubut@woranz.com.

SINIESTROS

Importante: Plazos para solicitar beneficios: un año a partir de la fecha de la ocurrencia del siniestro cubierto. Ante el fallecimiento de un Asegurado incluido en la póliza, los beneficiarios deberán acercarse al departamento de Personal del Tomador, junto con la respectiva documentación de defunción expedida por el Registro Civil donde se inscribió la misma. El Tomador de la póliza realizará la denuncia de siniestro ante la Compañía Aseguradora: Woranz Compañía de Seguros S.A. Ante cualquier consulta, Ud. puede comunicarse al siguiente teléfono: 0800-266-4240 desde interior al costo de una llamada local. Horario de Atención: Lunes a Viernes en el horario de 10.00 hs. a 17.00 hs.

FIRMAS

Firmar solo en caso que la solicitud sea impresa. En cambio, si envía la solicitud por mail desde su correo electrónico laboral, completar el campo correspondiente con su nombre y apellido. El Tomador certifica la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante / asegurado titular y que dicho firmante integra el personal de esa entidad.

Lugar y fecha

Lugar y fecha

Lugar y fecha

ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

El solicitante conoce y acepta que la solicitud de seguro de Accidentes Personales se encuentra en período de evaluación hasta que se aprueben todos los requisitos de selección.

Hasta entonces sus términos no obligan al Asegurador, según lo establece el art. 4 de la Ley de Seguros 17.418. En caso de aceptación, esta solicitud comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al primer mes de descuento siempre que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones para su emisión y el Tomador efectúe oportunamente el respectivo pago de primas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

La información proporcionada en esta solicitud implica la prestación del consentimiento expreso dispuesto por la Ley 25.326. Conozco y acepto que como titular de los datos podré ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los mismos y acepto que la información que otorgo podrá ser utilizada para acciones de marketing directo. La información será archivada en Woranz Compañía de Seguros S.A. sita en Rivadavia 611, piso 5, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultar vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

Firma y/o nombre del solicitante / asegurado

Firma y/o nombre del cónyuge o conviviente

Firma del tomador