



Completarlo digitalmente
Escaneá el código

Adhesión Seguros Vida Obligatorio

SOLICITUD

Seguro al que se adhiere o actualiza

☐ Obligatorio Titular ☐ Obligatorio Familiar ☐ Ambos

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

☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ Pasaporte

N° de documento Apellido y nombre Fecha de nacimiento

Sexo Estado civil

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

UIL / 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

☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ Pasaporte

Fecha de nacimiento Sexo ¿Es zurdo? Nacionalidad

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

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

Quando 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.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaro que:

1 – Sufrí o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento médico por las mismas: deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. Enfermedades psiquiátricas. — Titular

☐ Sí ☐ No

1 – Sufrí o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento médico por las mismas: deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en el aparato genital / urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. Enfermedades psiquiátricas. — Cónyuge o conviviente

☐ Sí ☐ No

Observaciones (completar en caso de contestar Sí) (opcional)

2 - Recibí indemnización por invalidez o estoy y/o he estado en tratamiento médico y/o internado en los últimos tres años. — Titular

☐ Sí ☐ No

2 - Recibí indemnización por invalidez o estoy y/o he estado en tratamiento médico y/o internado en los últimos tres años. — 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 h s. 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.

ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

En tanto y en cuanto las respuestas a las preguntas 1 y 2 sean NO y NO respectivamente, y no deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro se considerará aceptada por el Asegurador y comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al del 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 efectué oportunamente el respectivo pago de primas. Asimismo se deja establecido que el Asegurador podrá solicitar datos complementarios y/o nuevas Declaraciones de Salud.

Cuando la respuesta a la pregunta 1 o 2 sean SI indistintamente, o no se haya completado la Declaración Jurada precedente, y/o deban cumplirse otros requisitos de asegurabilidad, la presente Solicitud de Incorporación al Seguro sólo se considerará aceptada cuando el Asegurador se expida en tal sentido. Hasta tanto el Asegurador no se expida, no habrá cobertura del seguro ni corresponderá descuento de primas.

Transcurrido 90 (noventa) días desde la presentación de la presente solicitud sin que se hubiera aceptado expresamente, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Declaro que he asentado las contestaciones consignadas en este formulario y las considero verídicas, precisas y completas. Autorizo, con relación a este 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 en cuanto se relacionen con el seguro solicitado.

Declaro conocer que: el Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun 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."

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.

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR

1 - Que cualquier modificación contractual que afecte la cobertura de la póliza, será comunicada a los asegurados por el Tomador.

2 - Acepto que sólo podrá asegurarse un conviviente a la vez, y que esta cobertura es excluyente de la del cónyuge, y viceversa.

3 - No se permite el aseguramiento recíproco de titular y cónyuge en la misma póliza, en tal supuesto cada uno podrá estar asegurado únicamente como titular.

Lugar y fecha

Lugar y fecha

Lugar y fecha

Firma y/o nombre del solicitante / asegurado

Firma y/o nombre del cónyuge o conviviente

Firma del tomador