

## Protección Familiar / Solicitud de Incorporación

Grupo

### Datos del Afiliado

Nombre/s y Apellido/s		Matrícula N°	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil		
CUIT / CUIL / CDI N°	Actualidad/Ocupación				
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.		Código Postal			
Localidad		Provincia			
Teléfono		eMail			

### Beneficiarios

Nombre y Apellido completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC N°	Parentesco	%

### Extensión de Cobertura al Cónyuge

El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre /s y Apellido /s	Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento
-------------------------	----------------------------	---------------------

### Protección para los Hijos

El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre /s y Apellido /s	Documento DNI / LE / LC N°	Fecha de Nacimiento
-------------------------	----------------------------	---------------------

**Medio de Pago** por la presente autorizo que en caso de aceptación de la cobertura solicitada por la presente, el pago de la prima se efectúe por

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Visa	Banco emisor
<input type="checkbox"/> Débito en Cuenta	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	Tarjeta N°
<input type="checkbox"/> Caja de Ahorros		Vencimiento
		Banco
		CBU (22 dígitos)
<input type="checkbox"/> Boletas pago Banco Provincia	<input type="checkbox"/> Descuento Haber Jubilatorio	<input type="checkbox"/> otros

¿Posee otros seguros de vida y/o accidentes personales contratados con la Caja de Previsión y Seguro Médico? SI  NO   
Informe tipo de seguro y capital asegurado

**La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo** (Artículo 4º de la Ley de Seguros N° 17.418)

Declaro expresamente que los datos consignados en este formulario son verídicos, precisos, completos y hechos de buena fe.

Lugar y fecha Firma del Afiliado / Solicitante

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

Firma y Aclaración



**SEGUROS**  
Caja de Médicos

## Protección Familiar / Solicitud de Vida Colectivo

### Destinatarios

- Afiliados a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

### Cobertura

- Fallecimiento por cualquier causa o enfermedad.
- Invalidez total y permanente.
- Anticipo del 50% del Capital Asegurado ante el diagnóstico de una Enfermedad Terminal contraída con posteridad a la fecha de inicio de la cobertura.
- Reintegro de gastos por Trasplante de órganos hasta la suma de \$ 50.000 (hasta los 65 años de edad)

### Requisitos de Incorporación

- Aprobación de la Declaración de Salud.

### Beneficios

- El asegurado puede jubilarse sin perder la cobertura. No posee edad límite de incorporación ni edad máxima de permanencia.
- Protección al cónyuge: el cónyuge del asegurado puede incorporarse en iguales condiciones que el titular.
- Protección para los hijos: los hijos menores de 21 años pueden ser asegurados por la cobertura básica en \$ 4.140 abonando tan sólo \$ 0,69 mensuales por hijo.
- Es adicional a cualquier otro seguro que usted posea.

### Capital Asegurado

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$69.000	\$138.000	\$207.000	\$276.000
40 años a menor de 55 años	\$34.500	\$69.000	\$110.400	\$138.000
55 años a menor de 65 años	\$13.800	\$27.600	\$41.400	\$41.400
65 años a menor de 70 años	\$6.900	\$13.800	\$13.800	\$13.800
70 años y mayores	\$3.450	\$3.450	\$3.450	\$3.450

### Costo mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$41,75	\$83,50	\$125,25	\$167,01
40 años a menor de 55 años	\$28,98	\$57,96	\$92,74	\$115,92
55 años a menor de 65 años	\$17,25	\$34,50	\$51,75	\$51,75
65 años a menor de 70 años	\$17,25	\$34,50	\$34,50	\$34,50
70 años y mayores	\$17,25	\$17,25	\$17,25	\$17,25