



Protección Familiar / Solicitud de Incorporación / Ampliación

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	e-mail			

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
-------------------------	----------------------------	---------------------

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	<input type="checkbox"/> Descuento Haber Jubilatorio	Vencimiento
		Banco
		CBU (22 dígitos)

¿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

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.
- Es adicional a cualquier otro seguro que usted posea.

Capital Asegurado

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$ 3.000.000	\$ 4.500.000	\$ 6.000.000	\$ 12.000.000
40 años a menor de 55 años	\$ 1.500.000	\$ 2.250.000	\$ 3.000.000	\$ 6.000.000
55 años a menor de 65 años	\$ 750.000	\$ 1.125.000	\$ 1.500.000	\$ 3.000.000
65 años a menor de 70 años	\$ 375.000	\$ 562.500	\$ 750.000	\$ 1.500.000
70 años y mayores	\$ 225.000	\$ 225.000	\$ 225.000	\$ 450.000

Costo mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$ 1.000	\$ 1.500	\$ 2.000	\$ 4.000
40 años a menor de 55 años	\$ 1.000	\$ 1.500	\$ 2.000	\$ 4.000
55 años a menor de 65 años	\$ 1.000	\$ 1.500	\$ 2.000	\$ 4.000
65 años a menor de 70 años	\$ 1.000	\$ 1.500	\$ 2.000	\$ 4.000
70 años y mayores	\$ 1.500	\$ 1.500	\$ 1.500	\$ 3.000