cpsm SEGUROS CAJA DE MÉDICOS

Protección Familiar / Solicitud de Incorporación / Ampliación

Grupo

Datos del Afiliado

Nombre/s y Apellido/s | Matrícula Nº | Sexo M ☐ F ☐

Documento DNI / LE / LC Nº | Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | Estado Civil

CUIT / CUIL / CDI Nº | Actualidad/Ocupación

Domicilio particular: Calle / Nº / Piso / Dpto. | Código Postal

Localidad | Provincia

Teléfono | e-mail

Beneficiarios

Nombre y Apellido completo	Fecha de nacimiento	Documento DNI / LE / LC Nº	Parentesco	%

Extensión de Cobertura al Cónyuge El beneficiario de este Seguro será el Asegurado Principal.

Nombre /s y Apellido /s	Documento DNI / LE / LC Nº	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

☐ Tarjeta de Crédito ☐ Visa

Banco emisor

Tarjeta Nº

☐ Débito en Cuenta ☐ Cuenta Corriente

Vencimiento

☐ Caja de Ahorros

Banco

CBU (22 dígitos)

☐ Descuento Haber Jubilatorio

¿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 Nº 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

FSEG 001/05 Rev. 024

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	$ 18.000.000	$ 27.000.00	$ 36.000.000	$ 72.000.000
40 años a menor de 55 años	$ 9.000.000	$ 13.500.000	$ 18.000.000	$ 36.000.000
55 años a menor de 65 años	$ 4.500.000	$ 6.750.000	$ 9.000.000	$ 18.000.000
65 años a menor de 70 años	$ 2.250.000	$ 3.375.000	$ 4.500.000	$ 9.000.000
70 años y mayores	$ 1.350.000	$ 1.350.000	$ 1.350.000	$ 2.700.000

Costo mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	$ 6.000	$ 9.000	$ 12.000	$ 24.000
40 años a menor de 55 años	$ 6.000	$ 9.000	$ 12.000	$ 24.000
55 años a menor de 65 años	$ 6.000	$ 9.000	$ 12.000	$ 24.000
65 años a menor de 70 años	$ 6.000	$ 9.000	$ 12.000	$ 24.000
70 años y mayores	$ 9.000	$ 9.000	$ 9.000	$ 18.000

Tel. **0810-222-6797** de 7 a 14.30 horas
seguros@cajademedicos.com.ar
www.cajademedicos.com.ar