

## Plan Pensionadas / 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               |                            |
| Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto. |                     | Código Postal       |                            |                            |
| Localidad                                       | Provincia           |                     |                            |                            |
| Teléfono  | e-mail              |                     |                            |                            |

### Beneficiario /s

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

¿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

### Destinatarios

- Beneficiarios de la pensión otorgada por la Caja de Prevision y Seguro Medico de la Provincia de Buenos Aires.

### Coberturas

- Fallecimiento por cualquier causa o enfermedad.
- Anticipo del 50% del Capital Asegurado ante el diagnóstico de una Enfermedad Terminal.
- Reintegro de gastos por trasplante de órganos hasta la suma de \$50.000 (hasta los 65 años de edad).

### Edad máxima de Permanencia

- 75 años de edad inclusive

### Requisitos de Incorporación

- Aprobación de la Declaración de Salud.

### Capitales Asegurados y Costos por Rango de edad

#### Capital Asegurado

| Edad                       | A            | B            | C            | D            |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| menor de 60 años           | \$ 3.200.000 | \$ 4.800.000 | \$ 6.400.000 | \$ 9.600.000 |
| 60 años a menor de 65 años | \$ 1.600.000 | \$ 2.400.000 | \$ 3.200.000 | \$ 4.800.000 |
| 65 años a menor de 76 años | \$ 800.000   | \$ 1.200.000 | \$ 1.200.000 | \$ 1.200.000 |

#### Costo Mensual

| Edad                       | A        | B        | C        | D        |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| menor de 60 años           | \$ 3.200 | \$ 4.800 | \$ 6.400 | \$ 9.600 |
| 60 años a menor de 65 años | \$ 3.200 | \$ 4.800 | \$ 6.400 | \$ 9.600 |
| 65 años a menor de 76 años | \$ 3.200 | \$ 4.800 | \$ 4.800 | \$ 4.800 |

Tel. **0810-222-6797** de 7 a 14.30 horas  
[seguros@cajademedicos.com.ar](mailto:seguros@cajademedicos.com.ar)  
[www.cajademedicos.com.ar](http://www.cajademedicos.com.ar)