

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
www.cajademedicos.com.ar