

## Solicitud de Aumento / Incorporación Coberturas

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

Enviar a Dpto. de Suscripción

Av. Martín García 464, (C1268ABN) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sector de Operaciones Insurance.

### 1. DATOS DEL TOMADOR ■ ASEGURADO ■

Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  CUIT  Nro.:  -  -

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:  -  -  Teléfono: (  )  -

### 2. INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA

Valor nueva Suma Asegurada:

### 3. INCLUSIÓN DE COBERTURAS

#### Accidentes

- Muerte por Accidente
- Invalidez total y permanente por accidente
- Invalidez parcial y permanente por accidente
- Exención del pago de primas por Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad

#### Muerte por Accidente del Cónyuge o Conviviente

Datos del Segundo Asegurado:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  CUIT  Nro.:  -  -

Fecha de Nacimiento:  -  -  Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Deportes: \_\_\_\_\_

¿Participa en actividades riesgosas? (laborales, deportivas): SI  NO

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

#### Invalidez total y permanente

#### Enfermedades Graves

(Período de Carencia a partir de los 60 (sesenta) días de inicio de vigencia de esta Cobertura adic.)

#### Renta Diaria por Internación

(Período de Carencia a partir de los 90 (noventa) días de inicio de vigencia de esta Cobertura adic.)

#### Trasplantes

El beneficio máximo para la cobertura de trasplantes es de USD 50.000. Corazón 60%, Pulmón 80%, Hígado 80%, Páncreas 60%, Riñón 40%, Corazón y Pulmón 100% -

Período de Carencia: a partir de 60 (sesenta) días de inicio de vigencia de esta cobertura adicional.

**Completar este cuadro si desea incluir la cobertura de Enfermedades Graves**

SUFRE O HA SUFRIDO USTED O ALGÚN PARIENTE DE:	ASEGURADO		PARIENTE		PARENTESCO	DURACIÓN DE LA AFECCIÓN	SECUELAS
	SI	NO	SI	NO			
AFECCIONES CARDÍACAS O DEL APARATO CIRCULATORIO							
DERRAME CEREBRAL O HIPERTENSIÓN ARTERIAL							
CÁNCER O TUMORES							
DIABETES							
DESÓRDENES RESPIRATORIOS							
TRASTORNOS NERVIOSOS							
ALTERACIONES DEL SISTEMA LOCOMOTOR							
PÓLIPOS COLÓNICOS O COLITIS ULCEROSA							

**Certifico que desde el ..... / ..... / ..... (fecha de emisión de la póliza) no ha variado mi peso, ni mi presión arterial, ni he padecido ninguna enfermedad, así tampoco he sido sometido a ninguna intervención quirúrgica distinta a las declaradas en esa oportunidad. Gozando de buena salud, y sin ingerir ningún tipo de medicamento distinto a los declarados en esa oportunidad, concuro normalmente a mi trabajo.**

FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DEL TOMADOR
ACLARACIÓN DEL ASEGURADO	ACLARACIÓN DEL TOMADOR

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25.326, según Decreto 1558/01, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.