

Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Orígenes Seguros de Vida S.A. (en adelante denominada el "Asegurador" o la "Compañía") ser incluido en el plan de seguro colectivo de sepelio - cobertura prestacional / Reintegro de gastos de sepelio (según corresponda) por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las condiciones convenidas con la aseguradora a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

ADVERTENCIA: Art. 5 de la Ley 17.418. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: _____ Actividad: _____
C.U.I.T.: _____ Condición frente al IVA: _____ Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

DATOS DEL ASEGURABLE

Apellido y Nombre: _____ C.U.I.T. | C.U.I.L.: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Condición Frente al IVA: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

Nombre	Parentesco con el Titular	D.N.I.	Fecha de Nacimiento

Tipo de cobertura: Prestacional Reintegro de Gastos

Coberturas Solicitadas: (Deberá figurar solamente la opción seleccionada por el Tomador de la póliza)

Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Sepelio	\$

Acepto expresamente recibir tanto el certificado de incorporación como los certificados individuales a emitirse con frecuencia mínima anual según lo establecido en el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora ("RGAA") aprobado por Resolución 38.708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación ("SSN"), descargándolos de la página institucional de la Aseguradora (www.origenes.com.ar), certificado que la Aseguradora podrá alternativamente entregar mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección de arriba indicada.

ADVERTENCIA: Art. 12 de la Ley 17.418: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Medios de pago habilitados: Conforme Resolución del Ministerio de Economía Nro 429/2000 Art. 2, los únicos medios de pago habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los que a continuación se detallan:

- Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades Financieras sometidas al régimen de la ley 21.526
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley 25.065
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo: el Tomador contratante asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por el Asegurador en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo. Caso contrario el Asegurado dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes.

Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando este en poder del Tomador como constancia.

Firma del Asegurado Titular Solicitante

Sello y Firma del Tomador

Lugar y Fecha