Seguro de Accidentes Personales

ZURICH

Solicitud de adhesión individual

Tomador de la Póliza

Nº de Póliza

Nº de Solicitud

Fecha de la solicitud

Día Mes Año

1. Datos del Asegurado Titular

Nombre y Apellido

DNI ☐ LC ☐ LE ☐

Nº CUIT/CUIL

Domicilio particular Nº Piso Dpto.

Provincia

Localidad

Teléfono particular

Código Postal

Email

Sexo F ☐ M ☐

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Estado civil

Lugar de nacimiento

Profesión, oficio, industria o actividad principal

2. Coberturas

Cobertura	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada

3. Beneficiarios

Nombre y Apellido	CUIL/CUIT	Relación /Parentesco	Porcentajes

Firma del Asegurado Titular

Aclaración

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lugar

Original

4. Declaración

Quien/es suscribe/n solicita/n a Zurich Argentina Compañia de Seguros S.A. (en adelante, "Zurich") la emisión de un certificado individual, cuyo tomador se encuentra arriba indicado, correspondiente a la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud.

Ley Nº 17417 Artículo 5: "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 hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

Declaro en mi carácter de asegurado titular a) que los datos y respuestas arriba dados son completos y verídicos; y b) que conozco y acepto todas las estipulaciones establecidas en la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud. Asimismo, convengo que: a) solamente el directorio de Zurich o sus representantes especialmente autorizados tengan la facultad de resolver sobre la aceptación del seguro que solicito y la emisión del certificado individual respectivo; y b) Zurich no asumirá responsabilidad alguna hasta tanto el seguro no haya sido por ella aceptado.

Por la presente acepto recibir información periódica a través de mi correo electrónico de los productos ofrecidos por Zurich y presto mi expreso consentimiento, en los términos del artículo 6 de la Ley 25.326, a la registración de los datos recabados en la presente solicitud (incluido mi dirección de correo electrónico) exclusivamente a los efectos de ser utilizados para la consideración de cualquier producto o servicio que pueda solicitar o puedan ofrecerme Zurich International Life Limited Sucursal Argentina, Zurich Argentina Compañía de Seguros Sociedad Anónima, o cualquiera de las empresas Zurich en Argentina existentes o a ser creadas en el futuro, no pudiendo tales datos ser utilizados para otros fines.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Declaro que el origen de los fondos es lícito y que se originan en el ejercicio de mi actividad profesional.

Autorizo a que se descuente de mi recibo de sueldo el premio total correspondiente a los seguros optativos contratados por medio de la presente solicitud.

Declaro bajo juramento que mi residencia es Argentina y que a los fines tributarios no soy contribuyente Americano, ni ciudadano Americano, ni residente Americano.

Seguro de Accidentes Personales

ZURICH

Solicitud de adhesión individual

Tomador de la Póliza

Nº de Póliza | Nº de Solicitud

Fecha de la solicitud | Día | Mes | Año

1. Datos del Asegurado Titular

Nombre y Apellido

DNI ☐ LC ☐ LE ☐ | Nº | CUIT/CUIL

Domicilio particular | Nº | Piso | Dpto.

Provincia | Localidad

Teléfono particular | Código Postal

Email

Sexo F ☐ M ☐ | Fecha de nacimiento

Nacionalidad | Estado civil

Lugar de nacimiento | Profesión, oficio, industria o actividad principal

2. Coberturas

Cobertura	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada

3. Beneficiarios

Nombre y Apellido	CUIL/CUIT	Relación /Parentesco	Porcentajes

Firma del Asegurado Titular

Aclaración

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lugar

Duplicado

4. Declaración

Quien/es suscribe/n solicita/n a Zurich Argentina Compañia de Seguros S.A. (en adelante, "Zurich") la emisión de un certificado individual, cuyo tomador se encuentra arriba indicado, correspondiente a la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud.

Ley Nº 17417 Artículo 5: "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 hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

Declaro en mi carácter de asegurado titular a) que los datos y respuestas arriba dados son completos y verídicos; y b) que conozco y acepto todas las estipulaciones establecidas en la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud. Asimismo, convengo que: a) solamente el directorio de Zurich o sus representantes especialmente autorizados tengan la facultad de resolver sobre la aceptación del seguro que solicito y la emisión del certificado individual respectivo; y b) Zurich no asumirá responsabilidad alguna hasta tanto el seguro no haya sido por ella aceptado.

Por la presente acepto recibir información periódica a través de mi correo electrónico de los productos ofrecidos por Zurich y presto mi expreso consentimiento, en los términos del artículo 6 de la Ley 25.326, a la registración de los datos recabados en la presente solicitud (incluido mi dirección de correo electrónico) exclusivamente a los efectos de ser utilizados para la consideración de cualquier producto o servicio que pueda solicitar o puedan ofrecerme Zurich International Life Limited Sucursal Argentina, Zurich Argentina Compañía de Seguros Sociedad Anónima, o cualquiera de las empresas Zurich en Argentina existentes o a ser creadas en el futuro, no pudiendo tales datos ser utilizados para otros fines.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Declaro que el origen de los fondos es lícito y que se originan en el ejercicio de mi actividad profesional.

Autorizo a que se descuente de mi recibo de sueldo el premio total correspondiente a los seguros optativos contratados por medio de la presente solicitud.

Declaro bajo juramento que mi residencia es Argentina y que a los fines tributarios no soy contribuyente Americano, ni ciudadano Americano, ni residente Americano.

Seguro de Accidentes Personales

ZURICH

Solicitud de adhesión individual

Tomador de la Póliza

Nº de Póliza | Nº de Solicitud

Fecha de la solicitud | Día | Mes | Año

1. Datos del Asegurado Titular

Nombre y Apellido

DNI ☐ LC ☐ LE ☐ | Nº | CUIT/CUIL

Domicilio particular | Nº | Piso | Dpto.

Provincia | Localidad

Teléfono particular | Código Postal

Email

Sexo F ☐ M ☐ | Fecha de nacimiento

Nacionalidad | Estado civil

Lugar de nacimiento | Profesión, oficio, industria o actividad principal

2. Coberturas

Cobertura	Edad máxima de permanencia	Suma Asegurada

3. Beneficiarios

Nombre y Apellido	CUIL/CUIT	Relación /Parentesco	Porcentajes

Firma del Asegurado Titular

Aclaración

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lugar

Triplicado

4. Declaración

Quien/es suscribe/n solicita/n a Zurich Argentina Compañia de Seguros S.A. (en adelante, "Zurich") la emisión de un certificado individual, cuyo tomador se encuentra arriba indicado, correspondiente a la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud.

Ley Nº 17417 Artículo 5: "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 hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

Declaro en mi carácter de asegurado titular a) que los datos y respuestas arriba dados son completos y verídicos; y b) que conozco y acepto todas las estipulaciones establecidas en la póliza de Seguro de Vida Colectivo a que se refiere esta solicitud. Asimismo, convengo que: a) solamente el directorio de Zurich o sus representantes especialmente autorizados tengan la facultad de resolver sobre la aceptación del seguro que solicito y la emisión del certificado individual respectivo; y b) Zurich no asumirá responsabilidad alguna hasta tanto el seguro no haya sido por ella aceptado.

Por la presente acepto recibir información periódica a través de mi correo electrónico de los productos ofrecidos por Zurich y presto mi expreso consentimiento, en los términos del artículo 6 de la Ley 25.326, a la registración de los datos recabados en la presente solicitud (incluido mi dirección de correo electrónico) exclusivamente a los efectos de ser utilizados para la consideración de cualquier producto o servicio que pueda solicitar o puedan ofrecerme Zurich International Life Limited Sucursal Argentina, Zurich Argentina Compañía de Seguros Sociedad Anónima, o cualquiera de las empresas Zurich en Argentina existentes o a ser creadas en el futuro, no pudiendo tales datos ser utilizados para otros fines.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Declaro que el origen de los fondos es lícito y que se originan en el ejercicio de mi actividad profesional.

Autorizo a que se descuente de mi recibo de sueldo el premio total correspondiente a los seguros optativos contratados por medio de la presente solicitud.

Declaro bajo juramento que mi residencia es Argentina y que a los fines tributarios no soy contribuyente Americano, ni ciudadano Americano, ni residente Americano.

Zurich Argentina Compañía de Seguros S.A.
CUIT 30-50004977-0
Cerrito 1010 (C1010AAV) Ciudad de Buenos Aires
Tel: 0800 333 Zurich (987424) www.zurich.com.ar

ZURICH®

Triplicado