GENERALI CORPORATE
Compañía Argentina de Seguros

Reconquista 572 - C1003ABL Buenos Aires
Tel.: (011) 4857-7900 - Fax: (011) 4857-7920

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido: Samanta Gómez Magueiños

Documento Tipo: 1 DNI Nro.: 29039130

CUIL (o Nro. Libreta de Ahorro) 27-29039130-5

Expedido por:

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
13	08	1981	$ 4.800	7	08	2005

TALON PARA EL EMPLEADOR

Domicilio Particular:

Calle: Ecuador Nro. 515 Piso 3 Dpto. A CP. 1214

Localidad Cap. Fed. Pcia.

Empleador: Mindshare Argentina SA.

Calle: Chacabuco Nro. 314 Piso 7 Dpto. CP.

Localidad Cap Fed. Pcia.

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Diana Gómez Magueiños	hermana	Ecuador 515 3°A	27.860.106	
José Gómez Magueiños	Papá	Ecuador 515 3°A	93.264.122	
Cristina Lago	MAMÁ	Ecuador 515 3°A	11.361.431	

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha: Bs As, 7/03/05

Firma del Asegurado (o impresión digital)

2107-01/01-50.000

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

alico
SEGUROS DE VIDA Y AHORRO

Solicitud Nº A 00081121

Marque con una cruz: Solicitud inicial de cobertura ☐ Titular ☒ Cónyuge ☐ Modificación de datos ☐

Fecha de solicitud: 07/03/05

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINOSHARE ARGENTINA S.A.

C.U.I.T. Nº: 30-70715167312

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos / Nombre: Gómez Magariños Samanta

Legajo laboral Nº:

Fecha inicio vigencia de cobertura: 07/03/05

Capital asegurado:

DNI Nº: 29013911301

Fecha de nacimiento: 13/09/81

Estado civil: soltera

¿Es Ud. zurdo? SI ☒ NO ☐

Domicilio particular: calle: Ecuador

Número: 515

Piso: 3

Dpto: A

Cód. postal: 1214

Localidad: Cap. Fed.

Provincia:

Teléfono: 4863-6010

E-mail: samas12@hotmail.com

Ocupación: Asistente de medios

Fecha de ingreso a la compañía: 09/03/05

Apellidos y nombre/s del titular *: Gómez Magariños Samanta

DNI Nº: 29013911301

* En caso de ser cónyuge, indicar: nombre del titular, tipo y número de documento

COBERTURAS

(Marque con una cruz los beneficios establecidos en la póliza)

Muerte ☐ Beneficios adicionales por muerte accidental ☐ Incapacidad total y permanente por accidente ☐ Transplantes ☐ Pérdidas físicas parciales ☐

Amparo familiar ☐ Enfermedades graves ☐ Renta por hospitalización ☐ Cónyuge viudo ☐ Hijo póstumo ☐ Otros ☐

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS / GRUPO FAMILIAR PROTEGIDO POR AMPARO

Apellidos y nombre/s	DNI Nº	Fecha de nac.	Parentesco	%
Gómez Magariños Diana	27.880.106	2/11/79	Hermana	
Gómez Magariños José	93.264.122	15/06/45	Papá	
Fraga Cristina	11.362.731	16/10/54	Mamá	

Si no indica designación, se consignará como beneficiarios a los herederos legales directos, de acuerdo a lo establecido en póliza.

¿Padece de alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad? SI ☐ NO ☒

En caso de haber respondido afirmativamente alguna pregunta, ampliar la respuesta con la información más detallada posible y adjuntar información respaldatoria.

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418)

Firma del propuesto asegurado:

Lugar y fecha: BsAs, 7/03/05

Aclaración firma del asegurado: Samanta Gómez Magariños

Sello y firma de la empresa contratante

ANA MARIA SMERIGLIO
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS

USO INTERNO

Nombre del encuestador:

Firma del responsable:

Solicitud autorizada por:

Control digitalización:

Fecha:

COPIA CONTRATANTE (CELESTE) COPIA ASEGURADO (AMARILLO)

Ante cualquier consulta, agradeceremos comunicarse con nuestros telemarketers llamando al (011) 4340-3554, por fax al (011) 4340-3334 o por e-mail a vida.colectivo@alico.com.ar

AIG Una Compañía Miembro de American International Group Inc.

Tte. Gral. Perón 648 3º Piso - C1038AAN Buenos Aires, Argentina
Tel: (54-11) 4340-3500 - Fax: (54-11) 4340-3572/73 - www.alico.com

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO CON CLAUSULA DE PREEXISTENCIA

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

MetLife

(Marque con una cruz) Solicitud inicial de cobertura | Titular ☐ | Modificación de datos ☐

Fecha de solicitud: / /

Solicitud Nº: C

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINDSHARE ARGENTINA S.A.

Póliza: 30 1057/1

C.U.I.T. Nº: 30-70745673-2

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre/s: LOBOS VALERIA EDITH

Legajo laboral Nº:

Capital asegurado:

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 29726138

Fecha de nacimiento: 15 / 10 / 1982

Estado civil: Soltera

¿Es Ud. zurdo? SI ☐ NO ☒

Domicilio particular, calle: Gabriela Mistral

Número: 3539 | Piso: 4 | Dpto.: C | Cód. postal: 1419 | Localidad: Buenos Aires

Provincia:

Teléfono: 1559798670

E-mail: valeria.e.lobos@gmail.com

Ocupación: Analista

Fecha de ingreso a la compañía: 01 / 04 / 2019.

DATOS DEL CONYUGE (completar estos datos SOLAMENTE en caso de asegurarlo) *

* IMPORTANTE: quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

Apellidos y Nombre/s: DEL CERRO JUAN FACUNDO

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 28878293

Fecha de nacimiento: 04 / 06 / 1981

Fecha de incorporación al seguro: 01 / 04 / 2019

Beneficiario del cónyuge: El Asegurado Titular

Capital Asegurado:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS *

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC Nº	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	%
DEL CERRO JUAN FACUNDO	28878293	04/06/81	Amiga	100

En caso de minoridad, designo como beneficiario a:

Apellidos y Nombre/s:

DNI / LE / CI / PAS / LC Nº:

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418).
* Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.
* Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

Acepto expresamente que:

* Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la Compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.
* Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.
* El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.

ATENCION MUY IMPORTANTE: LEA ESTA CLAUSULA Y EN CASO DE DUDA CONSULTE CON LA COMPAÑIA: "La compañía no abonará ninguna indemnización cuando el reclamo se hubiese originado a consecuencia de alguna enfermedad previamente diagnosticada al asegurado o que conste al asegurado por haber sido sometido a tratamiento o por haber sufrido síntomas, molestias o afecciones evidentes provocadas por la misma, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro individual. Tales enfermedades o condiciones preexistentes serán tenidas en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando directa o indirectamente, resulteren desencadenantes del Fallecimiento o Incapacidad, fueran la base de tal estado o tuvieren conexión principal con este, y el hecho por el cual se reclama indemnización hubiese ocurrido dentro del primer año de cobertura del asegurado."

El Art. Nº5 de la Ley de Seguros Nº17418 establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato." A consecuencia, Met. de Seguros S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación del seguro y no asume responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que Ud. solicita y se almacenarán en la base de datos de Clientes de MetLife Seguros S.A. que se encuentra registrada en la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. 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, inc 3 de la ley 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.

Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y las personas que ésta designe, a tener acceso a toda la información/documentación médica referida a mi persona, obrante en poder de profesionales y/o establecimientos asistenciales, así como a requerir todas las aclaraciones y explicaciones que pudieran resultar convenientes a efectos de este seguro.

Firma del propuesto asegurado (revalidar con su firma el duplicado y triplicado)

Lugar y fecha: Buenos Aires, 1 de Abril 2019

Aclaración firma del asegurado: Valeria Lobos.

Sello y firma de la empresa contratante

Ante cualquier duda o consulta llámenos al **0800-222-7500** de lunes a viernes de 9 a 18hs. o por mail a vida.colectivo@metlife.com.ar

METLIFE SEGUROS S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

COPIA COMPAÑIA (BLANCO) COPIA CONTRATANTE (CELESTE) COPIA ASEGURADO (AMARILLO)

En Prima Mes Vtos

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

MetLife

TALON PARA EL EMPLEADOR

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.:

Compañía Aseguradora: **MetLife Seguros S.A.** Póliza Nº:

Nombre y Apellido: VALERIA EDITH LOBOS

Documento: Tipo: DNI Nro.: 29726 138

Expedido por:

C.U.I.L.: 27-29726138-6 (o Nº de libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
15	10	1982	$ 55.000.-	01	04	2019

Domicilio Particular:
Calle: Gabriela Mistral ..... Nº: 2539 Piso: 4 Depto: C Tel.: 1559798670
C.P.: 1419 Loc.: Buenos Aires Prov.: ..... Email: valeria.e.lobos@gmail.com

Empleador:

Domicilio Empleador:
Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... Depto: ..... Cod. Postal: .....
Localidad: ..... Prov.: .....

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nº Documento	Orden	%
FACUNDO DEL CERRO	PAREJA	GABRIELA MISTRAL 2539 4°C	DNI 38678293		100

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y Fecha Buenos Aires, 1 de Abril de 2019

Firma del Asegurado: (o impresión digital)

VNSOCB003/z AFO E0 13/2/18

Ante cualquier duda comuníquese con nosotros: 0800-666-4545 clientes.corporate@metlife.com.ar
MetLife Seguros S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646, 6° Piso - C1038AAN - CABA, Argentina

LA PRESENTE CONSTANCIA DEBERA SER REMITIDA POR EL EMPLEADOR A LA ASEGURADORA EN CASO DE RECLAMO DEL PAGO DEL BENEFICIO.
METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

GENERALI CORPORATE
Compañía Argentina de Seguros

Reconquista 572 - C1003ABL Buenos Aires
Tel.: (011) 4857-7900 - Fax: (011) 4857-7920

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido: SAMANTA GÓMEZ MAGARIÑOS

Documento Tipo: 1 DNI Nro.: 29039130

CUIL (o Nro. Libreta de Ahorro): 27-29039130-5

Expedido por:

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
13	08	1981	$ 4.800	7	08	2005

Domicilio Particular:

Calle: ECUADOR Nro. 515 Piso 3 Dpto. A CP. 1214

Localidad: CAP. FED. Pcia.

Empleador: MINDSHARE ARGENTINA SA.

Calle: CHACABUCO Nro. 314 Piso 7 Dpto. CP.

Localidad: CAP FED. Pcia.

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Diana Gómez Magariños	hermana	Ecuador 515 3°A	27.860.106	
José Gómez Magariños	Papá	Ecuador 515 3°A	93.264.122	
Cristina Lagos	Mamá	Ecuador 515 3°A	11.361.431	

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha: BS AS, 7/03/05

Firma del Asegurado (o impresión digital)

TALON PARA EL EMPLEADOR

2107-01/01-50.000

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

ALICO
SEGUROS DE VIDA Y AHORRO

(Marque con una cruz) Solicitud inicial de cobertura — Titular [X] Cónyuge [ ] — Modificación de datos [ ]

Fecha de solicitud: 07/03/05

Solicitud Nº: A 00081121

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINOSTARE ARGENTINA S.A.

C.U.I.T. Nº: 30-71071516-7

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos / Nombre: Gómez Magariños Samanta

Legajo laboral Nº:

Fecha inicio vigencia de cobertura: 07/03/05

Capital asegurado:

DNI Nº: 29.031.310

Fecha de nacimiento: 13/08/81

Estado civil: Soltera

¿Es Ud. zurdo? SI [X] NO [ ]

Domicilio particular, calle: Ecuador

Número: 515

Piso: 3

Dpto.: A

Cód. postal: 1214

Localidad: Cap. Fed.

Provincia:

Teléfono: 4863-6010

E-mail: samas12@hotmail.com

Ocupación: Asistente en medios

Fecha de ingreso a la compañía: 07/03/05

Apellidos y nombre/s del titular *: Gómez Magariños Samanta

DNI Nº: 29.031.310

* En caso de ser cónyuge, indicar: nombre del titular, tipo y número de documento

COBERTURAS

(Marque con una cruz los beneficios establecidos en la póliza)

Muerte [ ] — Beneficios adicionales por muerte accidental [ ] — Incapacidad total y permanente por accidente [ ] — Transplantes [ ] — Pérdidas físicas parciales [ ]

Amparo familiar [ ] — Enfermedades graves [ ] — Renta por hospitalización [ ] — Cónyuge viudo [ ] — Hijo póstumo [ ] — Otros [ ]

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS / GRUPO FAMILIAR PROTEGIDO POR AMPARO

Apellidos y nombre/s	DNI Nº	Fecha de nac.	Parentesco	%
Gómez Magariños Diana	27.860.106	23/12/79	hermana	
Gómez Magariños Jose	93.264.122	15/06/45	Papá	
Lagos Cristina	11.362.431	16/10/54	Mamá	

Si no indica designación, se consignará como beneficiarios a los herederos legales directos, de acuerdo a lo establecido en póliza.

Padece de alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad? SI [ ] NO [X]

En caso de haber respondido afirmativamente alguna pregunta, ampliar la respuesta con la información más detallada posible y adjuntar información respaldatoria.

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418)

Firma del propuesto asegurado

Lugar y fecha: BsAs, 7/03/05

Aclaración firma del asegurado: Samanta Gómez Magariños

Sello y firma de la empresa contratante

ANA MARIA SMERIGLIO
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS

USO INTERNO

Nombre del encuestador

Firma del responsable

Solicitud autorizada por

Control digitalización

Fecha

COPIA ASEGURADO (AMARILLO) COPIA CONTRATANTE (CELESTE)

Ante cualquier consulta, agradecemos comunicarse con nosotros telefónicamente llamando al (011) 4340-3534, por fax al (011) 4340-3534 o por e-mail a vir's.colectivo@alico.com.ar

AIG Una Compañía Miembro de American International Group Inc.

Tte. Gral Perón 646 3º Piso - C1038AAN Buenos Aires, Argentina
Tel: (54-11) 4340-3500 - Fax: (54-11) 4340-3572/73 - www.alico.co

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

MetLife

TALON PARA EL EMPLEADOR

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.:

Compañía Aseguradora: **MetLife Seguros S.A.** Póliza Nº:

Nombre y Apellido: VALERIA EDITH LOBOS

Documento: Tipo: DNI Nro.: 29726 138
Expedido por:

C.U.I.L.: 27-29726138-5
(o Nº de libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
15	10	1982	$ 55.000.-	01	04	2019

Domicilio Particular:
Calle: Gabriela Mistral N°: 2539 Piso: 4 Depto: C Tel.: 1559798670
C.P.: 1419 Loc.: Buenos Aires Prov.: Email: valeria.e.lobos@gmail.com

Empleador:

Domicilio Empleador:
Calle: N°: Piso: Depto: Cod. Postal:
Localidad: Prov.:

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nº Documento	Orden	%
FACUNDO DEL CERRO	PAREJA	GABRIELA MISTRAL 2539 4°C	DNI 28678293		100.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad)

Lugar y Fecha Buenos Aires, 1 de Abril de 2019

Firma del Asegurado:
(o impresión digital)

VMSOOB003/6 ARG ED 12/18

Ante cualquier duda comuniquese con nosotros: 0800-666-4545 clientes.corporate@metlife.com.ar

MetLife Seguros S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646, 6° Piso - C1038AAN - CABA, Argentina

LA PRESENTE CONSTANCIA DEBERA SER REMITIDA POR EL EMPLEADOR A LA ASEGURADORA EN CASO DE RECLAMO DEL PAGO DEL BENEFICIO.
METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO CON CLAUSULA DE PREEXISTENCIA

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

MetLife

(Marque con una cruz) Solicitud inicial de cobertura ☐ Titular ☐ Modificación de datos ☐

Fecha de solicitud: / /

Solicitud Nº: C

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINDSHARE ARGENTINA S.A.

Póliza: 30 1057/1

C.U.I.T. Nº: 30-70745673-2

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre/s: LOBOS VALERIA EDITH

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 29726138

Legajo laboral Nº:

Capital asegurado:

Fecha de nacimiento: 15 / 10 / 1982

Estado civil: Soltera

¿Es Ud. zurdo? SI ☐ NO ☒

Domicilio particular, calle: Gabriela Mistral

Número: 2539 Piso: 4 Dpto.: C Cód. postal: 1419 Localidad: Buenos Aires

Provincia:

Teléfono: 1559798670

E-mail: valeria.e.lobos@gmail.com

Ocupación: Analista

Fecha de ingreso a la compañía: 01 / 04 / 2019.

DATOS DEL CONYUGE (completar estos datos SOLAMENTE en caso de asegurarlo) *

*** IMPORTANTE:** quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

Apellidos y Nombre/s: DEL CERRO JUAN FACUNDO

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 28878293

Fecha de nacimiento: 04 / 06 / 1981

Fecha de incorporación al seguro: 01 / 04 / 2019

Beneficiario del cónyuge: El Asegurado Titular

Capital Asegurado:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS *

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC Nº	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	%
DEL CERRO JUAN FACUNDO	28878293	04/06/81	Pareja	100

En caso de minoridad, designo como beneficiario a:

Apellidos y Nombre/s:

DNI / LE / CI / PAS / LC Nº:

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418)
* Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.
* Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

Acepto expresamente que:

* Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la Compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.
* Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.
* El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.

ATENCION MUY IMPORTANTE: LEA ESTA CLAUSULA Y EN CASO DE DUDA CONSULTE CON LA COMPAÑIA: "La compañía no abonará ninguna indemnización cuando el reclamo se hubiese originado a consecuencia de alguna enfermedad previamente diagnosticada al asegurado o que conste al asegurado por haber sido sometido a tratamiento o por haber sufrido síntomas, molestias o afecciones evidentes provocadas por la misma, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro individual. Tales enfermedades o condiciones preexistentes serán tenidas en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando directa o indirectamente, resultaren desencadenantes del Fallecimiento o Incapacidad, fueran la base de tal estado o tuvieren conexión principal con éste, y el hecho por el cual se reclame indemnización hubiese ocurrido dentro del primer año de cobertura del asegurado."

El Art. Nº5 de la Ley de Seguros Nº17.418 establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato". A consecuencia, MetLife Seguros S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación del seguro y no asume responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que Ud. solicita y se almacenarán en la base de datos de Clientes de MetLife Seguros S.A. que se encuentra registrada en la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. 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, inc 3 de la ley 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.

Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y las personas que ésta designe, a tener acceso a toda la información/documentación médica referida a mi persona, obrante en poder de profesionales y/o establecimientos asistenciales, así como a requerir todas las aclaraciones y explicaciones que pudieran resultar convenientes a efectos de este seguro.

Firma del propuesto asegurado (revalidar con su firma el duplicado y triplicado)

Lugar y fecha: Buenos Aires, 1 de Abril 2019

Aclaración firma del asegurado: Valeria Lobos.

Sello y firma de la empresa contratante

Ante cualquier duda o consulta llámenos al **0800-222-7500** de lunes a viernes de 9 a 18hs. o por mail a vida.colectivo@metlife.com.ar

METLIFE SEGUROS S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

COPIA ASEGURADO (AMARILLO) COPIA CONTRATANTE (CELESTE) COPIA COMPAÑÍA (BLANCO)

014 - FORM. REV. 09/09