

## Solicitud de Seguro de Vida (Continuación)

### Datos personales del médico de cabecera:

Nombre y Apellido:   
 Domicilio:   
 Teléfono:  Matrícula:   
 ¿Tiene usted medicina prepaga u obra social? SI  NO   
 En caso afirmativo, ¿cuál?  N° de Afiliado:

Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún 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 – Art. N° 5, Ley de Seguros N° 17.418.

Autorizo a la Compañía Aseguradora a solicitar informes acerca de mi salud a los médicos que me han asistido o que me asistan en el futuro, en cuanto se relacionen con este seguro, relevándolos de la obligación de guardar secreto profesional.

\_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha      Firma y aclaración del Asegurable      Firma y aclaración del Productor

## Forma de pago

### Tarjeta de Crédito

Nombre:   
 Titular:   
 N° de Tarjeta (16 dígitos):

### Débito en Cuenta

Caja de Ahorro:  Cuenta Corriente:   
 Titular:   
 N° de CBU (22 dígitos):

\_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha      Firma y aclaración del titular de la tarjeta      Firma y aclaración del Productor

PRODUCTOR:   
 ORGANIZADOR:

N° DE PÓLIZA:   
 FECHA INICIO DE VIGENCIA:

## ¿Ya sos cliente de San Cristóbal? Ahora, gestionar tus seguros es más fácil.

¿Querés obtener la póliza de tu seguro, tarjeta para circular y/o certificado para viajar a otros países?  
 ¿Necesitás descargar tu cupón de pago o comprobante de un pago ya realizado?

Realizá todas tus gestiones de manera online a través del sitio del asegurado y la app de San Cristóbal Seguros.



**Sitio de Autogestión**  
[autogestion.sancristobal.com.ar](http://autogestion.sancristobal.com.ar)



**App San Cristóbal Seguros**



### Casa Central / Rosario

Italia 670, S2000DEN  
 Tel.: (0341) 420 7600 - Fax: (0341) 420 7637

### Bahía Blanca

Fitz Roy 30, B8000JBB  
 Tel.: (0291) 550 6210 - Fax: (0291) 550 6210

### Buenos Aires

Av. Córdoba 948/52, C1054AAV  
 Tel.: (011) 538 21003/5 - Fax: (011) 538 21017

### Córdoba

San Martín 730, X5000IWP  
 Tel.: (0351) 428 5507/17 - Fax: (0351) 428 5507/17

### Mar del Plata

Av. Independencia 2612, B7600DIX  
 Tel.: (0223) 561 6100 - Fax: (0223) 561 6113

### Mendoza

Av. San Martín 641, M5500AAG  
 Tel.: (0261) 429 9823 - Fax: (0261) 520 9418

### Resistencia

Av. 9 de Julio 451, H3500ABE  
 Tel.: (0362) 441 2934 - Fax: (0362) 441 2926

### Santa Fe

Av. Rivadavia 3052/70, S3000FWJ  
 Tel.: (0342) 455 7748 - Fax: (0342) 455 7748

### Tucumán

9 de Julio 548/50, T4000IHL  
 Tel.: (0381) 451 5123 - Fax: (0381) 451 5135

# Seguro Vida Plus.

**Nosotros te  
 cubrimos.**



SAP 3000264 - 07/2020

PRODUCTOR ASESOR



## Una cobertura superior que asegura tu tranquilidad hoy y la de tu familia a futuro.

### Cobertura Básica

Indemnización por fallecimiento por cualquier causa.

### Coberturas Adicionales

- Muerte y pérdidas parciales por accidente (hasta 100% del capital asegurado por fallecimiento).
- Incapacidad total y permanente (100% del capital asegurado por fallecimiento).
- Adelanto del capital asegurado ante el diagnóstico de enfermedades terminales (50% del capital asegurado por fallecimiento).
- Trasplante de órganos (hasta \$ 250.000.- según órgano).

### Características

- Contratación por módulos de \$50.000.- c/u.
- Capital mínimo asegurable\*: \$250.000 (\*5 módulos).
- Capital máximo asegurable\*: \$ 2.500.000. (\*50 módulos).
- Libre designación de beneficiarios.
- Deducible del impuesto a las ganancias, hasta el tope anual que fija la legislación vigente.
- Duración del contrato: 5 años, siempre que el asegurado lo desee y abone las primas periódicas correspondientes.
- Renovación automática al finalizar su vigencia.
- Pago mediante tarjeta de crédito o débito en su cuenta.

### Requisitos

- Edad mínima de ingreso: 18 años.
- Edad máxima de ingreso: 65 años.
- Contratación mediante declaración de salud a ser aprobada por San Cristóbal.

### Límite de permanencia

- Cobertura básica: 75 años.
- Coberturas adicionales: 65 años.

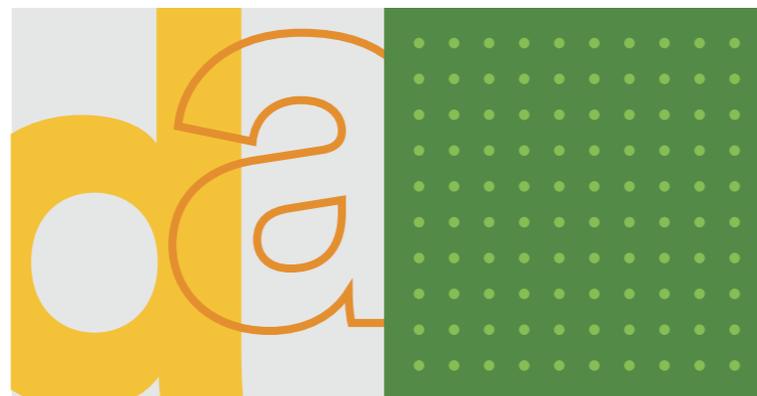
Edad	Costo por módulo
hasta 35	\$ 32
36 a 45	\$ 42
46 a 55	\$ 82
56 a 65*	\$ 152

\* Contratación a partir de los 60 años, solamente cobertura básica.

### Importante:

- Estos costos son mensuales.
- Los costos corresponden a riesgos estándar, por lo que no contemplan extraprimas médicas, por ocupaciones riesgosas o prácticas de deportes peligrosos.
- Los costos no incluyen fondo de previsión, recargos financieros, ni sellados provinciales que podrían corresponder.

Las coberturas mencionadas están sujetas a las condiciones de contratación de su póliza. Consulte los requisitos de asegurabilidad en la oficina de San Cristóbal más cercana o su Productor Asesor de confianza.



### Solicitud de Seguro de Vida

Para acceder a la cobertura de San Cristóbal Seguros, complete la siguiente solicitud. La aprobación de esta solicitud queda sujeta a revisión.

Sucursal:  Delegación:  Agencia:

### Datos personales del asegurado:

Nombre y Apellido:   
Tipo y N° de documento:   
Domicilio:  N°:  Piso:   
Localidad:  Provincia:  Código Postal:   
Teléfono:  E-mail:   
Fecha de Nacimiento:  Edad:   
Estado Civil:  Ingreso Mensual \$:   
Actividad laboral (describa las actividades que realiza):

¿Practica algún deporte?  SI  NO

En caso afirmativo indique cuál y frecuencia:

¿De forma profesional?  SI  NO

Sexo:  F  M  CUIT/CUIL:

Condición fiscal:

Consumidor Final  Monotributista  Responsable Inscripto

Exento  Otros

Designación de beneficiarios:

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y N° DE DOC.	VÍNCULO	%
1			
2			
3			

Suma Asegurada:  Costo Mensual:

Los costos no incluyen fondo de previsión, recargos financieros, ni sellados provinciales que podrían corresponder.

### Cobertura Básica:

Indemnización por fallecimiento por cualquier causa.

### Coberturas Adicionales:

- Muerte y pérdidas parciales por accidente.
- Incapacidad total y permanente.
- Adelanto del capital asegurado ante el diagnóstico de enfermedades terminales.
- Trasplante de órganos.

El presente contrato será renovado al cumplirse el 5° año, siempre que se abonen las primas periódicas, salvo que el asegurado solicite lo contrario o que haya alcanzado la edad de 71 años.

### Declaro bajo juramento (tachar lo que NO corresponde)

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, indique el número de ésta en el cuadro "Respuestas Afirmativas", e incluya el diagnóstico, fecha, grado de recuperación, nombre y datos de los médicos a los que se puede pedir información.

1. ¿Adolece algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad? Sufrió algún accidente y/o intervención quirúrgica y/o ha sido paciente en establecimientos médicos?  SI  NO
2. ¿Padece, padeció o ha recibido UD. algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares, diabetes, colesterol, triglicéridos, gota, cáncer o tumores o alguna otra afección?  SI  NO
3. ¿Le ha sido diagnosticada alguna enfermedad de carácter viral o infectocontagiosa? ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o ha sido rechazado como donante?  SI  NO
4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento por algún motivo y/o toma medicación en forma regular?  SI  NO ¿Cuál?
5. Tratándose de mujer, ¿ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos, o enfermedades propias de la mujer (ovarios, matriz, senos)?  SI  NO ¿Está usted embarazada?  SI  NO (en caso afirmativo, indique cantidad de meses).
6. ¿Fuma usted o durante los últimos 12 meses ha fumado? (detállelo y cuántos al día)  SI  NO
7. Durante los últimos 10 años ha usado drogas o ha sido tratado por alcoholismo o abuso de droga?  SI  NO
8. ¿Posee otro seguro de vida o accidentes personales?  SI  NO (en caso afirmativo, indique compañía, cobertura y suma asegurada)
9. ¿Ha solicitado o percibido alguna indemnización por incapacidad y/o le ha sido rechazado, postergado o recargado algún seguro de Vida o Salud?  SI  NO
10. ¿Conoce usted con certeza los valores de su presión arterial?  SI  NO En caso afirmativo, consígnelos: máxima  mínima
11. Estatura:  cm. Peso vestido:  kg.

Respuestas afirmativas:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

