

Solicito a Colón Compañía de Seguros S.A. (en adelante denominada "el Asegurador"), un seguro de Salud, de conformidad con las Condiciones Generales, Condiciones Específicas, Condiciones Particulares, Anexos y Cláusulas que formarán parte del contrato, sobre la base de los riesgos y coberturas detallados en la presente solicitud y acepto que la misma se encuentra en el período de evaluación hasta que se aprueben todos los requisitos de pautas de suscripción de la Aseguradora. Hasta entonces, sus términos no obligan al asegurador, según lo establece el artículo 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega: escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

Ley N° 17.418 - Artículo 5° (Primera Parte) - "Toda declaración falsa o toda 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 la Compañía hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR:

Apellido y Nombres completos: _____

Documento (tipo y N°): _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M ☐ F ☐

Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Tel. Alternativo: _____

E-mail: _____

Detalle de Coberturas y Costos

PREMIUM	Diagnóstico de Enfermedades Graves	Intervenciones Quirúrgicas	Trasplantes (Suma Asegurada Máxima)	Renta Diaria por Internación (*)	Premio Mensual (sin sellados)
Hijos hasta 17 años	\$ 4.725.000	\$ 472.500	\$ 1.350.000	\$ 6.750	\$ 1.399
Titular 18 a 44 años	\$ 4.725.000	\$ 472.500	\$ 1.350.000	\$ 6.750	\$ 4.399
Titular 45 a 64 años	\$ 2.808.000	\$ 210.600	\$ 1.350.000	\$ 6.750	\$ 6.299
Cónyuge 18 a 44 años	\$ 4.725.000	\$ 472.500	\$ 1.350.000	\$ 6.750	\$ 3.699
Cónyuge 45 a 64 años	\$ 2.808.000	\$ 210.600	\$ 1.350.000	\$ 6.750	\$ 5.199

Detalle de Trasplantes Cubiertos

Trasplante de Órganos:
Corazón/Corazón-Pulmón/Pulmón/Hígado/ Páncreas o Renopancreático/Médula Ósea: \$ 1.350.000
Riñón: \$ 540.000
Córnea: \$ 270.000

(*) La suma asegurada es el monto por día de internación; plazo de espera: 4 días; máximo de días cubiertos por año: 30.

Al cumplir los 45 años, la suma asegurada del Módulo de Intervenciones Quirúrgicas se reduce a \$112.500.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

En virtud de aplicarse Declaración de Salud en la Solicitud del Seguro, no será de aplicación lo referente a Carencias ni Enfermedades Preexistentes.

Detalle de Grupo Familiar Asegurado

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Fecha Nacimiento	Parentesco	Premio Mensual (sin sellados)

Premio Mensual Total Grupo Familiar: \$ _____ (sin sellados)

MEDIOS DE PAGO:

El que suscribe _____, autoriza a que el importe correspondiente al premio mensual del seguro solicitado a Colón Compañía de Seguros sea debitado del siguiente medio de pago, facultándolo a presentar esta autorización a la entidad emisora o bancaria que corresponda para hacer efectiva la misma.

marcar con (x) el seleccionado

☐ Tarjeta de Crédito: _____ Nro: _____☐ Débito en Cuenta Bancaria: Banco: _____ CBU Nro. (22 dígitos) _____**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Mediante mi firma al pie hago constar que todas las declaraciones efectuadas en este formulario son verídicas según mi conocimiento, así como me consta que dichas declaraciones formarán la base del contrato de Seguro de Salud que he solicitado.

He sido informado de que incurrir en falsedad es causa de invalidez del contrato que he solicitado celebrar.

Doy mi consentimiento para que Colón Compañía de Seguros S.A. solicite información a cualquier médico que haya atendido a alguno de los solicitantes o a cualquier otro asegurador a quien se haya presentado solicitud de Seguro de Vida o Salud y autorizo a que se suministre esta información a Colón Compañía de Seguros S.A. como así también a que esta Compañía aseguradora realice las verificaciones independientes que considere convenientes y razonables sobre cualquier dato declarado en la presente.

Me obligo a informar por escrito a Colón Compañía de Seguros S.A. la modificación de cualquiera de las circunstancias declaradas que ocurrieran entre la fecha de la presente y la fecha de emisión de la póliza.

Las siguientes declaraciones hacen referencia al Solicitante Titular y a todos los Solicitantes Familiares que solicitan el presente seguro:

1) Declaro que ninguno de los solicitantes padece, padeció ni fue estudiado o tratado por alguna de las siguientes causas:

- Infarto, enfermedad cardiovascular o enfermedad arterial
- Enfermedad pulmonar
- Cáncer o linfoma
- HIV positivo
- Diabetes o Insuficiencia Renal
- Obesidad

2) Declaro que a ninguno de los solicitantes le han programado algún tipo de cirugía para dentro del próximo año.

3) Declaro que ninguno de los solicitantes del presente seguro tiene un familiar directo (*) que haya muerto antes de los 60 años por algún tipo de enfermedad que no fuera infecciosa, y/o que los especialistas médicos hayan sugerido ser estudiado por posible carga hereditaria.

(*) Se entiende por familiar directo a padres y hermanos.

4) Declaro que ninguno de los solicitantes está inscripto en el INCUCAI como receptores de órganos.

5) Declaro que en los últimos 14 días, ninguno de los solicitantes estuvo en contacto con alguna persona en estudio por Covid-19 con resultado pendiente o con diagnóstico confirmado antes de que tuviera el alta.

6) Declaro que en los últimos 14 días, ninguno de los solicitantes tuvo fiebre (temperatura mayor a 37,4° C), tos, falta de aliento, dolor de garganta, vómitos o diarrea, o convive con alguna persona que haya tenido estos síntomas.

Firma y Aclaración del Solicitante Titular

Fecha y Lugar

SSMSP-0823

La presente solicitud no implica la aceptación por parte de Colón Compañía de Seguros S.A., con domicilio sito en la calle Alicia Moreau de Justo 170 C.A.B.A., teléfono: 0810-222-6566 (en adelante La “Compañía” o el “Asegurador” indistintamente). La presente solicitud entrará en vigencia cuando fuera aceptada expresamente por La Compañía o cuando se produzca el primero de los siguientes actos: (i) se emita el certificado de incorporación y/o la póliza a nombre del solicitante (ii) se comunique la aceptación al solicitante mediante comunicación telefónica de La Compañía. La Cobertura que por la presente se solicita caduca por fallecimiento del Asegurado, por falta de pago de la prima, por cancelación del medio de pago.

MEDIOS DE PAGO:

Sr. Asegurado: designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito sin ninguna otra formalidad detallando lo siguiente: Nombre y Apellido, Documento, Relación con el Asegurado y porcentaje de participación. Cuando el asegurado no designe beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos legales (Art. 145 Ley N° 17.418)

Datos de los Beneficiarios del Asegurable Titular				
Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Fecha Nacimiento	Relación	Participación (%)

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales. En caso de no designar beneficiarios, se entiende que el beneficio de la póliza se asignará a los herederos legales.

Esta designación reemplaza las realizadas anteriormente.

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

NOTA: “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. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.colonseguros.com.ar En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.ssn.com.ar”

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 Nro 25.326.

La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la ley 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

SSMSP-0723

<div>LUGAR</div> <div>FECHA ____ / ____ / ____</div>	<div>FIRMA, ACLARACIÓN Y N° DOCUMENTO DEL SOLICITANTE TITULAR</div>	<div>FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PRODUCTOR</div>
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------