

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 periodo 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

Cobertura de Seguros	Plan Clásico	Plan Premium
Diagóstico de Enfermedades Graves	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Trasplantes - Suma Asegurada Máxima	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Intervenciones Quirúrgicas	\$ 2.400.000	\$ 3.000.000
Renta Diaria (*)	\$ 8.000	\$ 10.000

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

Detalle de Trasplantes Cubiertos

Trasplantes	Plan Clásico	Plan Premium
Corazón	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Corazón-Pulmón	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Pulmón	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Hígado	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Páncreas o Renopancreático	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Médula Ósea	\$ 4.000.000	\$ 5.000.000
Riñón	\$ 1.600.000	\$ 2.000.000
Córnea	\$ 800.000	\$ 1.000.000

Costos Mensuales

Planes	Plan Clásico	Plan Premium
Premio sin sellados	\$ 20.999	\$ 25.999

Plan elegido:	Plan Clásico <input type="checkbox"/>	Plan Premium <input type="checkbox"/>
----------------------	--	--

Facturación:	Mensual <input type="checkbox"/>	Cuatrimstral <input type="checkbox"/>
---------------------	---	--

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

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

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)

MEDIO 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.

Tarjeta de Crédito: _____ Nro: _____

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.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

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.

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 <https://colon.seg.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.

Apellido y Nombres del Productor/Agente: _____

Código: _____