

Solicitud Nro : _____ Fecha: ____/____/____

SALUD + FRACTURAS 2

SOLICITUD DE SEGURO

Solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros (CUIT N° 30-68082752-0) la emisión de la Póliza de Seguro Modular de Salud, con el objeto de asegurar de acuerdo con las condiciones de la misma, a todas las personas humanas detalladas posteriormente, que cumplan los requisitos de edad y asegurabilidad exigidos por la Compañía.

Ley N° 17.418 – Artículo 5º (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 el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato”.

Reconozco y acepto que la presente Solicitud presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección necesarios para el otorgamiento de la cobertura. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador ni al asegurado, según el Art. 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 completos y con la mayor claridad posible, preferentemente en letra de imprenta, así como especificar en forma precisa la profesión u ocupación del Solicitante, y responder a todas las preguntas contenidas en la presente Solicitud.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

D.N.I: _____ Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

C.U.I.T./C.U.I.L o CDI: _____ Sexo: _____ Ocupación/trabajo: _____

Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Apellido y nombre	D.N.I	%	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____

PLAN CONTRATADO

Teniendo en cuenta los planes detallados, marque la opción a contratar. **B:** Básico / **I:** Intermedio / **P:** Premium

Hasta 59 años

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

PLAN A CONTRATAR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De 60 a 65 años

PLAN A CONTRATAR

MEDIOS DE PAGO – A cumplimentar por el pagador

Autorizo a Beneficio S.A Compañía de Seguros a solicitar el débito automático del premio del seguro contratado en esta solicitud, aceptando que sean incluidas y/o debitadas de forma directa y automática. Ante la imposibilidad de concretar el débito en mi cuenta bancaria o en el resumen de la tarjeta de crédito por decisión de la entidad emisora relacionada con la vigencia validez y/o límites de crédito, me comprometo al pago de los premios por algún otro medio de pago autorizado. Mi relación con el asegurado es (marcar) Asegurado/Madre/Padre/Hijo/Guardian/Otro. Especificar: _____

Tarjeta de crédito: AMEX VISA MÁSTER OTRAS: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ D.N.I del titular: _____

Número de tarjeta: _____ Vencimiento: ____/____/____ Cód. seguridad: _____

Adhesión a débito: Caja de ahorro Cuenta corriente OTRAS: _____

Nombre del titular de la cuenta: _____ D.N.I del titular: _____

Banco: _____ N° de cuenta: _____

C.B.U: _____ Convenio N°: _____

Para las intervenciones “11.04.01 - Parto” y “11.04.03 - Operación Cesárea Clásica” el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de “11.04.02 - Evacuación uterina - 2º trimestre de embarazo” dicho período de carencia será de 150 días. De acuerdo con el Art 1 de la resolución ME N° 429/00, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación. B) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo con controlador fiscal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

PRODUCTOR

_____/_____/_____
Fecha

Firma y aclaración

Firma y aclaración del pagador
(en caso de ser diferente al titular)

Firma:

Nombre:

Código:_____

DESCRIPCIÓN DE PLANES

	Plan Básico Hasta 65 años	Plan Intermedio Hasta 59 años	Plan Premium Hasta 59 años
CAPITALES COBERTURA INTERVENCIONES			
<u>600 Intervenciones - Según BVM -</u>			
BVM 0	\$ 90.000	\$ 150.000	\$ 240.000
BVM 1	\$ 45.000	\$ 75.000	\$ 120.000
BVM 2	\$ 19.500	\$ 32.500	\$ 52.000
BVM 3	\$ 10.500	\$ 17.500	\$ 28.000
BVM 4	\$ 6.750	\$ 11.250	\$ 18.000
BVM 5	\$ 2.250	\$ 3.750	\$ 6.000
BVM A	\$ 1.350	\$ 2.250	\$ 3.600
BVM B	\$ 900	\$ 1.500	\$ 2.400
BVM C	\$ 600	\$ 1.000	\$ 1.600
BVM D	\$ 360	\$ 600	\$ 960
BVM E	\$ 5.400	\$ 9.000	\$ 14.400
* Cada intervención específica tiene asignado un valor de BVM. Según condiciones de póliza.			
CAPITALES COBERTURAS TRASPLANTES			
<u>Trasplante</u>			
Médula Ósea	\$ 300.000	\$ 500.000	\$ 800.000
Hepático	\$ 300.000	\$ 500.000	\$ 800.000
Pulmonar	\$ 300.000	\$ 500.000	\$ 800.000
Cardiopulmonar	\$ 300.000	\$ 500.000	\$ 800.000
Cardíaco	\$ 450.000	\$ 750.000	\$ 1.200.000
Renal	\$ 150.000	\$ 250.000	\$ 400.000
Páncreas	\$ 300.000	\$ 500.000	\$ 800.000
Córnea	\$ 75.000	\$ 125.000	\$ 200.000
CAPITALES ENFERMEDADES GRAVES			
Infarto de Miocardio	\$ 90.000	\$ 150.000	\$ 240.000
By Pass	\$ 90.000	\$ 150.000	\$ 240.000
CAPITALES PRÓTESIS			
<u>Prótesis neuroquirúrgicas</u>			
Válvula de Hidrocefalia	\$ 13.500,00	\$ 22.500,00	\$ 36.000,00
Clips para aneurismas	\$ 13.500,00	\$ 22.500,00	\$ 36.000,00
<u>Prótesis de cirugía abdominal</u>			
Malla de Marlex o abdominales de otro tipo	\$ 2.700,00	\$ 4.500,00	\$ 7.200,00
<u>Prótesis auditivas</u>			
Audífonos	\$ 6.300,00	\$ 10.500,00	\$ 16.800,00
Prótesis auricular	\$ 2.700,00	\$ 4.500,00	\$ 7.200,00
<u>Prótesis mamaria</u>			
Prótesis de mama vinculada a cirugía reparadora exclusivamente para mama	\$ 3.600,00	\$ 6.000,00	\$ 9.600,00
<u>Órtesis y ortopedia</u>			
Tutor externo para miembro superior e inferior	\$ 25.200,00	\$ 42.000,00	\$ 67.200,00
Pierna y brazo ortopédico	\$ 29.700,00	\$ 49.500,00	\$ 79.200,00
Órtesis corta doble barra	\$ 2.700,00	\$ 4.500,00	\$ 7.200,00
Órtesis corta o resorte de Codeville	\$ 4.050,00	\$ 6.750,00	\$ 10.800,00
Órtesis larga con articulación en rodilla	\$ 11.700,00	\$ 19.500,00	\$ 31.200,00
Valva o férula corta acolchada	\$ 1.260,00	\$ 2.100,00	\$ 3.360,00
Férula larga acolchada	\$ 2.070,00	\$ 3.450,00	\$ 5.520,00
Férula larga acolchada con apoyo isquiático	\$ 2.700,00	\$ 4.500,00	\$ 7.200,00
Férula larga con articulación de rodilla -anillas o suiza-	\$ 4.230,00	\$ 7.050,00	\$ 11.280,00
Corset termoplástico bivalvado	\$ 3.870,00	\$ 6.450,00	\$ 10.320,00
* No se modifica el plan contratando módulos adicionales.			
CAPITALES RENTA DIARIA POR ACCIDENTE			
Renta diaria por internación por accidente en Centro Médico Asistencial sala común	\$ 1500 diarios	\$ 2500 diarios	\$ 4000 diarios
Renta diaria por internación por accidente Terapia Intensiva	\$ 2250 diarios	\$ 3750 diarios	\$ 6000 diarios
A partir del tercer día de internación. Máximo 30 días. Cobertura retroactiva al primer día. No se modifica en función de la cantidad de módulos contratados.			

	Plan Básico Hasta 65 años	Plan intermedio Hasta 59 años	Plan Premium Hasta 59 años
CAPITALES FRACTURAS - OPCIONAL-			
Capital asegurado	\$ 18.000,00	\$ 30.000,00	\$ 48.000,00
Cadera, Pelvis, Cuello	100%	100%	100%
Cráneo, Omóplato	75%	75%	75%
Fémur, Clavícula, Esternón	63%	63%	63%
Húmero, Rótula, Codo	50%	50%	50%
Antebrazo, Pierna, Mandíbula	45%	45%	45%
Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie	40%	40%	40%
Vértebra, Costilla	38%	38%	38%

COSTOS

INDICAR CON X EL PLAN CONTRATADO (SOLO PUEDE ELEGIR UN PLAN PARA TODOS LOS INTEGRANTES)				
	BASICO (HASTA 65 ANOS)	INTERMEDIO (HASTA 59 ANOS)	PREMIUM (HASTA 59 ANOS)	INDICAR CANTIDAD DE ASEGURABLES (MAXIMO 1 TITULAR Y 1 CONYUGE Y HASTA 8 HIJOS)
PREMIO MENSUAL POR TITULAR	\$ 552	\$ 919,99	\$ 1.471,99	
PREMIO MENSUAL POR CONYUGE	\$ 434	\$ 722,84	\$ 1.156,56	
PREMIO MENSUAL POR CADA HIJO	\$ 341	\$ 567,96	\$ 908,73	
			PREMIO TOTAL	

- Los valores DE PREMIO incluyen sellados provinciales SALTA.

LOS CAPITALS ASEGURADOS Y COSTOS SE ACTUALIZAN EN LOS MESES DE ENERO/ABRIL/JULIO/OCTUBRE tanto para pólizas nuevas como pólizas vigentes.

ESTA SEGURO INCLUYE LA ASISTENCIA PREMIUM DE IBEROASSISTENCIA

Requisitos de contratación

- Plan básico: Hasta 65 años. Permanencia 70
- Plan Intermedio: Hasta 59 años. permanencia 70 anos
- Plan Premium: Hasta 59 años. Permanencia 70

Edad de permanencia:

- Titulares y conyuges: 70 años.
- Hijos: DE 0 Hasta 21 años.

Carencias y preexistencias:

- No se dará cobertura por Enfermedades Preexistentes a la contratación de la póliza
- Se aplicará una carencia de 90 días para todas las intervenciones quirúrgicas y Prótesis.
- Se aplicará una carencia de 120 días para TRASPLANTES
- Corazón: Carencia 90 días
- Las coberturas por accidente no aplican carencia
- Para las intervenciones "11.04.01 Parto" y "11.04.03 Operación Cesárea Clásica" el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de "11.04.02 Evacuación uterina 2º trimestre de embarazo" dicho período de carencia será de 150 días.

ASISTENCIA PREMIUM

Contratando tu póliza, obtendrás acceso a

Asistencia Premium, dentro de los cuales se encuentra:



Asistencia Psicológica Telefónica

Hasta 3 eventos por año, sin límite por evento



Asistencia Nutricionista Telefónica

Hasta 3 eventos por año, sin límite por evento



50% de Descuento en Medicamentos Recetados

Aplicable en caso de enfermedad o accidente, hasta 3 eventos al año (uno por mes), con un límite de \$3,000 por evento.



Médico Online

Disponible hasta 2 veces por mes, totalizando 24 eventos al año, sin límite por evento.



Código Verde – Médico a domicilio

Hasta 2 eventos por trimestre, 6 eventos al año, con un límite de \$5,000 por evento.



Ahorro Salud – Coordinación de Turno Médico

Servicio disponible sin límite de eventos.



Empleada Doméstica en caso de internación al titular

Hasta 7 días por evento, con hasta 2 eventos por año y un límite de \$2,000 por evento.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Por favor MARCAR por **SI** o por **NO** por cada asegurado incluidos en la póliza, para cada una de las preguntas formuladas:

Preguntas	Titular		Cónyuge	
	SI	NO	SI	NO
1. Estoy o estuve asegurado en Beneficio S.A?				
2. Gozo actualmente de buena salud con concurrencia habitual a mi trabajo?				
3. Estuve bajo tratamiento Médico alguna vez durante los últimos dos (2) años?				
4. En los últimos 2 años falta a mi trabajo más de 15 días por enfermedad				
5. Sufrió algún accidente grave o intervención de importancia en los últimos 5 años?				
6. Sufre de hipertensión, diabetes, epilepsia, asma, tuberculosis, SIDA, sífilis o enfermedad infecto contagiosa?				
7. Sufre de depresión o se encuentra actualmente bajo tratamiento psiquiátrico?				
8. ¿Sufre de alguna discapacidad física, o ha presentado reclamo por incapacidad ante algún organismo?				
9. ¿He sido diagnosticado con Cáncer, Insuficiencia Renal, ACV, Insuficiencia cardiaca o enfermedad temible?				

En caso de haber respondido SI a alguna de las preguntas, por favor describa las dolencias, médicos tratantes, fecha de ausencias o enfermedades/intervenciones:

Declaro haber leído y comprendido cada una de las preguntas formuladas y respondido en forma completa y sincera. Certifico no haber ocultado nada que pueda influir a Beneficio S.A Compañía de Seguros, en la correcta apreciación del riesgo y relevo del secreto profesional a los médicos que me han asistido.

PRODUCTOR

_____/_____/_____
 Fecha

 Firma y aclaración

 Firma y aclaración del pagador
 (en caso de ser diferente al titular)

Firma: _____
 Nombre: _____
 Código: _____