HDI Seguros

VIDA COLECTIVO
Solicitud de incorporación a Póliza colectiva – Continuidad Escolar

Fecha	/ /				
Póliza nº		**Vigencia**	/ /	**Productor**	
Certificado nº				**Código nº**	
TOMADOR	**COLEGIO WARD**				

1. Datos del Solicitante: Padre / Tutor o Responsable del pago de las cuotas de escolaridad

APELLIDO Y NOMBRE			
NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
	CP ( ) Localidad:		
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	CUIT/CUIL:		
FECHA DE NACIMIENTO	/ /	**ESTADO CIVIL**	
CUOTA INICIAL:	**$**	**PROFESIÓN**	

2. Datos del Alumno:

APELLIDO Y NOMBRE			
DOMICILIO			
	CP ( ) Localidad:		
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	CUIT/CUIL:		
FECHA DE NACIMIENTO	/ /	**Grado/curso**	

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:
- Edad máxima de ingreso: 60 años - Edad máxima de permanencia: 70 años

PERSONAS ASEGURABLES:
Reviste carácter de asegurable para la incorporación al presente seguro, las personas que resulten responsables directas del pago de la cuota mensual y demás gastos que demanden los estudios primarios, secundarios y jardín de infantes.

RIESGOS NO CUBIERTOS:
La presente póliza está exenta de toda restricción respecto a residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

a) Los derivados de Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, En caso de guerra que la corresponda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
b) Similar tratamiento al establecido en el inciso anterior merecerán los riesgos derivados de terremotos, epidemias y otras catástrofes.
c) Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
d) La participación de los asegurados como conductor o integrante de equipos de competencia terrestre, marítima o aérea, mecánica o de tracción a sangre.
e) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.
f) La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo.
g) Suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos (1) año antes del hecho.

3.Antecedentes clínicos

¿Ha estado o está Ud. bajo tratamiento médico? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, indique la causa.
.....

¿Se considera Ud. en buen estado de salud? SI ☐ NO ☐
En caso negativo, indique la causa.
.....

El Art. 5º de la Ley 17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

"Riesgos No cubiertos", la compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente a la fecha de vigencia inicial de un certificado individual que, luego de vigente éste, le produjera directa o indirectamente, la muerte, antes de que cumpla un año de permanencia en la presente póliza. Se entiende por enfermedad preexistente la que el Asegurado padeciera desde antes de la vigencia inicial de su certificado de incorporación a la póliza. Dicha enfermedad será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulte desencadenante del proceso de fallecimiento, fuera base del mismo, o tuviese conexión principal con él.

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

4.Beneficiario:

Se instituye Beneficiario al Tomador, quien destinará la indemnización recibida a cubrir los gastos que demanden los estudios del alumno. Queda entendido y convenido que la Beca a otorgar, deberá cubrir el costo total de la prestación, con iguales alances y en las mismas condiciones que el resto de los alumnos que cursen los mismos ciclos.

Por la presente, solicito ser incluido en el Seguro Colectivo de vida, de acuerdo con las condiciones de la póliza en poder del Contratante.

Fecha:..... Firma del Asegurado:.....

Firma y sello del Contratante:.....

Certifico los datos arriba mencionados

NOTA: **Sírvase escribir estos datos con toda claridad, si es posible a máquina o en letra de imprenta.**