

(Marque con una cruz)  
Solicitud inicial de cobertura

Titular

Modificación de datos

Fecha de solicitud

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicitud N°

A

### DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social

Póliza

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre/s

Legajo laboral N°

Capital asegurado

DNI / LE / CI / PAS / LC N°

Fecha de nacimiento

Estado civil

¿Es Ud. zurdo?

SI

NO

Domicilio particular. calle

Número

Piso

Dpto.

Cód. postal

Localidad

Provincia

Teléfono

E-mail

Ocupación

Fecha de ingreso a la compañía

Nacionalidad

Lugar de nacimiento

Sexo

CUIT / CUIL

### DATOS DEL CÓNYUGE (completar estos datos SOLAMENTE en el supuesto de incorporar al cónyuge al Seguro)\*

\***IMPORTANTE:** quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

Apellidos y Nombre/s

DNI / LE / CI / PAS / LC N°

Fecha de nacimiento

Beneficiario del cónyuge: El Asegurado Titular  
Capital Asegurado:

### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS \*

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC N°	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	Orden	%

### Datos de grupo familiar asegurado, sin titular ni cónyuge (hijos del titular entre 14 y 21 años) que correspondan con las condiciones de póliza aceptadas por el contratante.

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC N°	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	%

\* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.

\* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418)

\* Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.

\* Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

#### Acepto expresamente que:

\* Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la Compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.

\* Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.

\* El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.

\* Tomo conocimiento de lo dispuesto en el art. N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 que establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato". A consecuencia, MetLife Seguros S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación del seguro y no asume responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma.

\* Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que usted solicita y se almacenarán en la base de datos de Clientes de MetLife Seguros S.A. que se encuentra registrada en la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. 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, inc. 3 de la Ley 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 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.

Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y a las personas que ésta designe, a tener acceso a toda la información/documentación médica referida a mi persona, obrante en poder de profesionales y/o establecimientos asistenciales, así como a requerir todas las aclaraciones y explicaciones que pudieran resultar convenientes a efectos de este seguro.

Firma del propuesto asegurado  
(revalidar con su firma el duplicado y triplicado)

Lugar y fecha

Sello y firma de la empresa contratante

Aclaración firma del asegurado