

SEGURO DE VIDA COLECTIVO SOLICITUD INDIVIDUAL DE ADHESIÓN

Solicito a Federada Cía. de Seguros S.A. ser incluido en el Seguro Colectivo de Vida contratado por **El Colegio de Kinesiólogos de la 2° Circunscripción Santa Fe** de acuerdo con las condiciones de la POLIZA N° _____

DATOS SOBRE EL TOMADOR	
Nombre completo o razón social: COLEGIO DE KINESIOLOGOS 2DA CIRC STA FE	Ramo de su actividad: COLEGIOS
Domicilio: OCAMPO 560 - ROSARIO – SANTA FE	C.U.I.L./ C.U.I.T.: 30-63094129-2

DATOS SOBRE EL ASEGURABLE				
Apellido y Nombres:	Sexo:	D.N.I.:	C.U.I.L./C.U.I.T.:	Estado civil:
Nacionalidad: Argentina	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Celular:	
Domicilio:	Provincia:	C.P. y Localidad:	Profesión/Ocupación: Kinesiologo	
Tareas que desarrolla: Kinesiologo	Fecha de ingreso al empleo: -----	¿Su empleo es permanente?: -----	Remuneración mensual: -----	

Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, 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 de riesgo, hace nulo el contrato. Artículo 5° de la Ley de Seguros N° 17.418.

MODALIDAD DE ENVIO DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL	
Al correo electrónico:	Oro: -----

DATOS SOBRE EL SEGURO	
Cobertura: Muerte - Muerte Accidental - Invalidez Total y Permanente	Capital Asegurado: \$ 100.000-
Proporción a cargo del Tomador: 100%	Proporción a cargo del Asegurado: 0%

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Apellido y Nombres:	Sexo:	D.N.I.:	%:	Teléfono / e-mail:
Apellido y Nombres:	Sexo:	D.N.I.:	%:	Teléfono / e-mail:
Apellido y Nombres:	Sexo:	D.N.I.:	%:	Teléfono / e-mail:

IMPORTANTE: Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que los medios de pagos habilitados son los detallados en el Art. 1 de dicha Resolución. La cobertura no entrará en vigencia hasta tanto el pago efectuado se encuentre acreditado en la cuenta corriente de Federada Cía. de Seguros S.A. Declaro estar en conocimiento y aceptar las condiciones del seguro que mediante esta solicitud requiero. Asimismo declaro bajo juramento que la información que he dado es completa y verídica y que, cualquier error, simulación o fraude en que hubiera incurrido será causal de pérdida del derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en ((* Indicar actividad laboral/comercial)..... **KINESIOLOGO**..... según lo establecido en la Ley N° 25.246. También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Solicitante, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Lugar

Fecha

Firma del Asegurable

Aclaración del Asegurable

El Plan SEGURO DE VIDA COLECTIVO fue aprobado por Proveído de la SSN N° 119.669 del 29/10/2014.