

Solicitud de Seguro Modular de Salud

La presente Solicitud de Adhesión está sujeta a todas las reglas, cláusulas y exclusiones de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza 1.300.xxx. El Solicitante declara bajo juramento que todos los datos consignados en la presente solicitud son exactos, correctos y veraces. **TOMADOR: BANCO COLUMBIA. C.U.I.T.: 30-51763749-8**

Datos del Solicitante:

Apellidos y nombres completos: _____
Documento (tipo y N°) _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Estado civil: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
Provincia: _____ Teléfono: _____ Tel. Alt.: _____
E-mail: _____ Actividad: _____

Personas asegurables: Clientes del Banco Columbia Moneda: Pesos

Detalle de Cobertura, Planes y Sumas Aseguradas Máximas:

Coberturas	Plan A (18 a 44 años)	Plan B (18 a 44 años)	Plan A (45 a 64 años)	Plan B (45 a 64 años)
Diagnóstico de Enfermedades Graves	\$ 1.000.000	\$ 500.000	\$ 500.000	\$ 250.000
Intervenciones Quirúrgicas	\$ 100.000	\$ 50.000	\$ 75.000	\$ 37.500
Trasplantes de Organos	\$ 200.000	\$ 150.000	\$ 200.000	\$ 150.000
Renta Diaria por Internación por Enfermedad o Accidente(*)	\$ 1.000	\$ 500	\$ 1000	\$ 500

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

Carencia: 12 meses por enfermedades preexistentes

Detalle de Trasplante de Organos:

Trasplante de Organos:
Corazón/Corazón Pulmón/Pulmón/Hígado/ Páncreas o Renopancreático/ Médula Ósea: Plan A: \$ 200.000 Plan B: \$ 150.000
Riñón: Plan A: \$ 80.000 Plan B: \$ 60.000
Córnea: Plan A: \$ 40.000 Plan B: \$ 30.000

Edad Máxima de Ingreso: 64 años (inclusive)

Edad Máxima de Permanencia: 75 años (exclusive)

Importante: Al cumplir los 45 años, los asegurados deben pasar automáticamente al plan de "45 a 64 años".

Costo seguro (marque con una X el plan seleccionado)

Plan A (18 a 44 años) \$ 659

Plan A (45 a 64 años) \$ 949

Plan B (18 a 44 años) \$ 449

Plan B (45 a 64 años) \$ 649

DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Solicitante podrá comunicar a través de nuestro Centro de Atención al 0810-22-26566 o de nuestra página web www.colonseguros.com.ar, el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días hábiles de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. En caso de pactarse un plazo mayor al indicado, ello se indicará expresamente en las Condiciones Particulares. Además, el Solicitante está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. El Asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el Solicitante.

PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL SOLICITANTE. El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Solicitante dentro de los treinta (30) días corridos de recibida la información complementaria a que se refiere la Cláusula precedente. La omisión de pronunciarse importa aceptación.

RESCISIÓN. Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, la póliza podrá ser rescindida por el asegurado previo aviso por escrito remitido con anticipación en un plazo no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de primas.

Colón Compañía de Seguros S.A. podrá no renovar la póliza, previo aviso por escrito remitido con anticipación en un plazo no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de año póliza.

Comunicación al Solicitante: 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 contactos encontrará disponible en la página web www.colonseguros.com.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.gob.ar". Si el texto de la póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Solicitante, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. Si encuentra que algún dato consignado debería ser modificado, comuníquese con nuestro Centro de Atención al 0810-22-26566. 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. AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, 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

Firmado en _____, el _____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante

Aclaración de la firma

Firma del Vendedor

Aclaración de la firma

