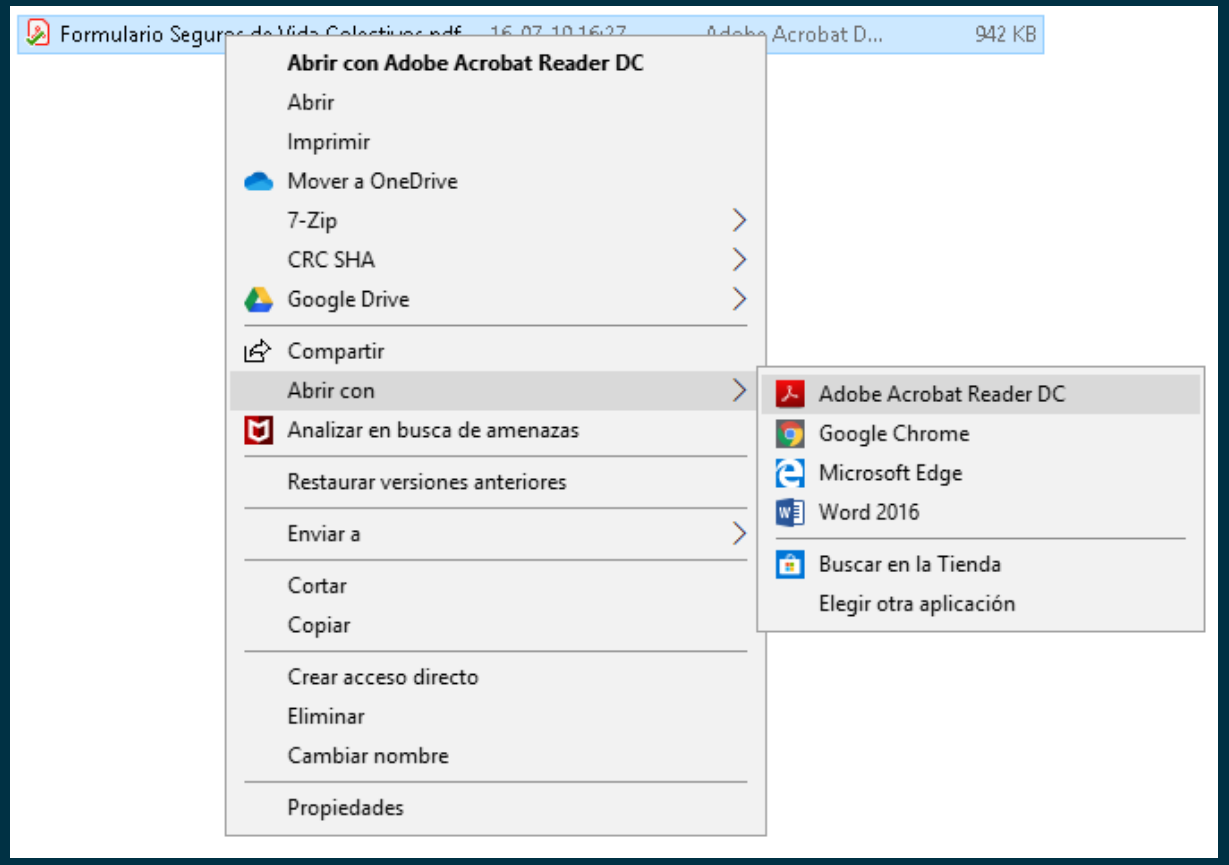
Telefónica

Seguro de Vida Colectivo

Instructivo para completar los formularios

#RECONECTA

Abrir el “Formulario Seguros de Vida Colectivos” con el programa **Adobe Acrobat Reader**, ya que de lo contrario no permite llenar los campos o sale como “archivo protegido”. Si el formulario no abre directamente con este programa, guárdalo en tu PC y con el click derecho seleccionarlo con la opción “Abrir con”.



#RECONECTA

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES - SEGURO DE VIDA COLECTIVO
SOLICITUD INDIVIDUAL - SOLICITANTES TITULAR Y CÓNYUGE/CONVIVIENTE

Se tomarán por válidos los seguros que desee contratar en este formulario, así como también los beneficiarios que se designen en el mismo, dejando sin efecto las solicitudes que pudieran existir anteriores.

Solicitud Nº: | Sucursal:

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: TELEFONICA DE ARGENTINA SA | CUIT: 30-63945397-5

Domicilio: PERON JUAN TTE.GRAL. 1286 Piso: 6

Solicito y presto conformidad para que toda la información consignada en la solicitud de incorporación al seguro y copia de la misma sean entregadas a mi empleador TELEFONICA DE ARGENTINA SA ..... , tomador del seguro de vida [X]

Solicitante Titular / Asegurado

Vínculo con el tomador: Empleado | Tipo y N° de Doc.: DNI | 38.998.000

Apellido y Nombre: Perez Jose

Fecha de nacimiento: 26/02/1981 | Edad: 1 | Sexo: F [ ] M [ ] | Legajo Nº: 617777

Estado Civil: Soltero [ ] Casado [X] Divorciado [ ] Viudo [ ] Unión Civil [ ] | CUIL/CUIT: 20-38998000-7

Domicilio: Jose Marmo | Nº: 23 | Piso: 8 | Dpto.: L

Localidad: CABA | CP: 1406 | Prov.: CABA | Cód Área: 011 | Tel Part.: 46333333

Tel Celular: (11) 63778899 | E-mail laboral: jose.perez@telefonica.com

E-mail personal: jose.perez@hotmail.com

¿Es zurdo? Si [ ] No [X] | Nacionalidad: Argentina [X] Extranjera [ ]

¡Importante! Este formulario deja sin efecto a todos los anteriores. Por lo que la aseguradora tomará solo los seguros adicionales y los beneficiarios que registres a continuación.

Selecciona la razón social de tu empleador

Brindar conformidad para poder seguir completando el formulario

Completa tus datos personales actualizados. ¡Los datos de contacto son fundamentales!

#RECONECTA

Costos de Seguro

Seguro	Premio Mensual
A) VIDA COLECTIVO	0,317 por cada mil pesos de suma asegurada
B) ACCIDENTES PERSONALES	$ 63,90 mensual por asegurado
C) SEPELIO	$ 36,20 mensual por persona asegurada

Dejo autorizado al Tomador para que desde el momento en que el Asegurador acepte esta Solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir el/los premio/s del seguro/s que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurador, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en esta solicitud.

1) Adhiero/Mantengo al Seguro de Vida Colectivo. MÚLTIPLO 24 SUELDOS (VEINTICUATRO). COSTO A CARGO DEL TOMADOR	X	SI
2) Adhiero/Mantengo al Seguro de Vida Colectivo. OPCIONAL MÚLTIPLO 12 SUELDOS (DOCE). COSTO A CARGO DEL ASEGURADO/SOLICITANTE TITULAR		SI NO
3) Adhiero/Mantengo al Seguro de Vida Colectivo Adicional Cónyuges. COSTO A CARGO DEL ASEGURADO/SOLICITANTE TITULAR		SI NO
4) Adhiero/Mantengo al Seguro de Accidentes Personales Colectivo. COSTO A CARGO DEL ASEGURADO SOLICITANTE TITULAR		SI NO
5) Adhiero/Mantengo al Seguro de Reintegro de Gastos de Sepelio. COSTO A CARGO DEL ASEGURADO/SOLICITANTE TITULAR		SI NO

Confirma los seguros adicionales que deseas adherirte o mantener.
Solo tendrás vigentes los seguros que informes que "SI" en esta solicitud.

1) **Seguro de Vida Colectivo Múltiplo de 24 Sueldos (Todos los empleados lo tenemos Bonificado ya que lo abona Telefónica).**
2) **Seguro de Vida adicional de 12 sueldos. Adhiriendo este adicional elevamos nuestra suma asegurada a 36 Sueldos (24 + 12). Costo mensual 0,317 por cada $1.000 del Capital Asegurado (Para el cálculo solo contemplamos los 12 sueldos).***
3) **Seguro de Vida para nuestro Cónyuge o conviviente. Capital Asegurado 12 sueldos. Costo mensual 0,317por cada $1.000 del Capital Asegurado.***
4) **Seguro de Accidentes Personales. Capital Asegurado $650.000. Costo mensual $63,90**
5) **Servicio de Sepelio para empleado y su Grupo Familiar. Capital Asegurado por integrante $92.813. Costo mensual $36,20 por integrante. En el caso de solicitar la cobertura se asegurará al empleado y adicionalmente a los miembros del grupo familiar que declare en la sección "C" (próxima filmina).**

*** Obtener el cálculo del costo del seguro de forma sencilla: El costo del seguro 2 y 3 corresponde al 50% del ítem "Contribución Seguro de Vida" que podrás observar en tu recibo de sueldo.**

#RECONECTA

Cónyuge / Conviviente del solicitante Titular / Asegurado

Completar sólo en caso que se solicite asegurar al Cónyuge/Conviviente.

Apellido y nombre: Maria Guzman

Tipo y N° de Doc: DNI 37.992.732 Fecha de nacimiento: 06/04/1979 Sexo F [X] M [ ]

¿Es zurdo? Si [ ] No [X] Nacionalidad: Argentina [X] Extranjera [ ]

Tel Celular: (011 6672387238 E-mail: maria.guzman@yahoo.com.ar

Si adherís/mantenes el seguro de adicional cónyuge completa sus datos.

Cubre a nuestro Cónyuge hasta cumplir 64 años por Muerte e Incapacidad Total y Parcial permanente por Accidente.

Capital Asegurado: 12 Sueldos.
Costo Mensual: 0,317 por cada $1.000 del Capital Asegurado.

C- Seguro Colectivo de Servicio de Sepelio (Completar solo en caso que se solicite el seguro de Sepelio)

Secc: 25 Ramo: 276 Nº de Póliza:

Coberturas

Por reintegro hasta un capital máximo de $92.813.-

Titulares, Padres y padres políticos del titular: Edad máxima de ingreso 79 años, y permanencia hasta cumplir los 80 años. Cónyuges: Edad máxima de ingreso 65 años, y permanencia hasta cumplir los 66 años. Hijos: Edad máxima de ingreso 24 años, y permanencia hasta cumplir los 25 años. Hijos discapacitados:sin límites de edad.
De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales comunes, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a acontinuación:

Datos del grupo familiar

	Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y Nº de Doc.	Nacimiento
[X]	Marcos Perez	Hijo	DNI 6.273.822	13/07/2000
[X]	Juana Aguirre	Madre	DNI 1.323.423	13/06/1944
[X]	Maria Guzman	Cónyuge	DNI 37.992.732	06/04/1979
[ ]		Parentesco	TIPO	
[ ]		Parentesco	TIPO	
[ ]		Parentesco	TIPO	
[ ]		Parentesco	TIPO	

Recuerde informar a todos los integrantes de su grupo familiar, tanto asegurados actuales como nuevos integrantes.

Si adherís/mantenes el seguro de Sepelio, completa los datos personales y actualizados de tu Grupo Familiar que desees adherir a la protección.

Se cubre por reintegro hasta un capital máximo de $92.813 por persona.

Costo mensual: $36,20 por cada integrante del Grupo Familiar.

Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

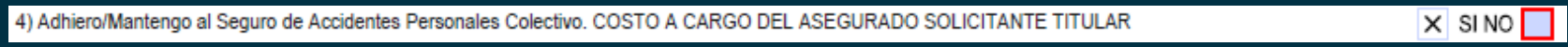
Póliza(*) A	Póliza(*) B	Benef. 1ª	Benef. 2ª	Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y Nº de Doc.	%Benef	Nacimiento
X	X	X		JULIETA GONZALEZ	CONYUGE	DNI 38.998.000	100	12/05/1976
X	X		X	FLORENCIA PEREZ	HERMANA	DNI 38.992.883	100	07/02/1990
						TIPO		
						TIPO		
						TIPO		
						TIPO		
						TIPO		

Ingresa los datos actualizados de tus beneficiarios y el porcentaje de indemnización asignado a cada uno.

Tilda Póliza:

A, si es beneficiario del seguro de vida múltiplo de sueldos (24 sueldos y en caso de tener el optativo de 12 sueldos).

B, si es beneficiario del seguro de Accidentes Personales. (Para que te permita dejar asentados los beneficiarios debes haberte adherido anteriormente al seguro de accidentes personales)



Tilda Benef:

1ª Para dejar registrados a tus beneficiarios en primera instancia. Serán aquellos que recibirán la indemnización en caso de fallecimiento.

2ª (OPCIONAL). Los beneficiarios en segunda instancia aplicarán únicamente en caso de que hubieran fallecido todos los beneficiarios designados en 1ra instancia.

Ejemplo: José deja registrado como beneficiario en 1ra instancia a su esposa por el 100% y en 2da instancia a su hermana por el 100%.
Si José fallece el beneficiario de su seguro de vida será por el 100% su esposa.
Si José fallece en un accidente junto con su esposa, el beneficiario de su seguro de vida será por el 100% su hermana.

(*)Indicar con una "x" en cada casillero la póliza a la que se asigna cada beneficiario. En caso que el solicitante no discrimine las pólizas (A: Vida Colectivo Beneficio y Optativo - B: Accidentes Personales), los mismos serán considerados designados para Vida Colectivo y Accidentes Personales. Asimismo, deseo designar los mismos beneficiarios del Seguro de Vida Colectivo para mi Seguro de Vida Social Obligatorio ☐
En caso que decida designar otros beneficiarios debe comunicarse a los canales de contacto con el fin de solicitarlo (telefonicavida@mapfre.com.ar)
Usted podrá designar 2da instancia de beneficiarios. En ese caso, los beneficiarios de 2da instancia aplicarán únicamente en caso de que hubieran fallecido todos los beneficiarios designados en la 1ra instancia.

¡No olvides aceptar este campo para que esta actualización también impacte en el Seguro de Vida Social Obligatorio!

#RECONECTA

Siniestros

Importante: Plazos para solicitar beneficios: un año a partir dela fecha de la ocurrencia del siniestro cubierto.
Ante el fallecimiento de un Asegurado incluido en la póliza, los beneficiarios deberán acercarse al departamento de Personal Tomador, junto con la respectiva documentación de defunción expedida por el Registro Civil donde se inscribió la misma. El Tomador de la póliza realizará la denuncia del siniestro ante la Compañía Aseguradora: Mapfre Agentina Seguros de Vida S.A.

Lugar: _____

Fecha: 08/01/2020

DECLARACIÓN DE SALUD: Declaro que:

1. Sufro o sufrí alguna de las siguientes dolencias o enfermedades y/o recibí tratamiento médico por las mismas:
Deficiencia de órganos, miembros o sentidos. Sistema cardiovascular: angina de pecho, arritmias o infartos. Hipertensión. Aparato respiratorio. Cáncer. Sistema nervioso: epilepsia o parálisis. Enfermedades en en aparato genital/urinario. Diabetes. Tiroides. Hepatitis B. SIDA. Enfermedades psiquiátricas.
Titular: ☐ SI ☐ NO ☐ Cónyuge/ Conviviente ☐ SI ☐ NO ☐

Observaciones (completar en caso de contestar si): _____

2. Recibí indemnización por invalidez o estoy y/o he estado en tratamiento médico y/o internado en los últimos tres años:
Titular: ☐ SI ☐ NO ☐ Cónyuge/ Conviviente ☐ SI ☐ NO ☐

Solo debes completar Lugar donde llenas el formulario. Ejemplo "CABA".

Completa respondiendo a tu declaración de salud y la de tu cónyuge en caso de que hayas adherido su seguro adicional.

Por último guarda el formulario y envíalo **desde tu casilla laboral** a **telefonicavida@mapfre.com.ar**
Una vez que Mapfre reciba tu formulario analizará la información y te brindará una confirmación.
Guarda una copia del formulario para quedarte como comprobante.

Para más información ingresa a https://marketing.mapfre.com.ar/telefonica/

#RECONECTA

Por último si aún no lo hiciste, activa tu **seguro de incendio gratuito para tu hogar.** Se cubre ya sea vivienda propia o alquilada.
Para activarlo ingresa aquí (click derecho abrir hipervínculo)

Para más información ingresa aquí. (click derecho abrir hipervínculo)

Dudas o consultas sobre seguro de incendio gratuito o seguros personales (automotor, hogar, bicicleta, moto, etc) comunícate con el centro de atención al empleado de Pléyade al 0810-999-1474 o por mail a seguros.empleados.ar@telefonica.com

Pleyade
Telefónica

#RECONECTA