

# Solicitud Individual de Seguro de Vida Colectivo



MetLife Seguros S.A.

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula.

Solicitud inicial de cobertura (marque con una cruz) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Modificación de datos	Fecha de solicitud (dd/mm/aaaa)	Solicitud N° <b>A</b>
---	---------------------------------	--------------------------

## Datos del Contratante

Razón Social	Póliza
--------------	--------

## Datos del Asegurado

Apellido/s y Nombre/s	Legajo Laboral N°	Capital Asegurado
-----------------------	-------------------	-------------------

Doc. tipo <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> LC	Doc. N°	Fecha nacim.	Estado civil	<input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo
--	---------	--------------	--------------	---

Domicilio particular: Calle	N°	Piso	Dto.	C.P.
-----------------------------	----	------	------	------

Localidad	Provincia	Teléfono	Celular
-----------	-----------	----------	---------

Email	Prefiere ser contactado por: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Email
-------	--

Ocupación	Fecha ingreso a la Cía.
-----------	-------------------------

Nacionalidad	Lugar nacim.	CUIT / CUIL	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--------------	--------------	-------------	---

## 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.

Apellido/s y Nombre/s	Doc. tipo <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> LC	Doc. N°
-----------------------	--	---------

Fecha nacim. (dd/mm/aaaa)	Beneficiario del Cónyuge <b>El Asegurado Titular</b>	Capital Asegurado
------------------------------	---	-------------------

## Designación de Beneficiarios

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Fecha nacim. o edad	Parentesco	Orden	%

Sigue al dorso >>>

Ante cualquier duda o consulta, llámenos al **0800-666-4545**, de lunes a viernes de 9 a 18 hs., o por mail a [clientes.corporate@metlife.com.ar](mailto:clientes.corporate@metlife.com.ar).  
MetLife Seguros S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

MetLife Seguros S.A. – Tte. Gral. Juan D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. Argentina.  
Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500 // [atencion.clientes@metlife.com.ar](mailto:atencion.clientes@metlife.com.ar) // [www.metlife.com.ar](http://www.metlife.com.ar)

COPIA COMPañÍA (BLANCO) | COPIA CONTRATANTE (CELESTE) | COPIA ASEGURADO (AMARILLO)

VMSOAC RE 001/6 ARG ED 12/19

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula.

<<< Viene del frente

## LEGALES:

- 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 establece que: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurado 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.

## Datos Personales.

"Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que Ud. Solicita y se almacenarán en la base de datos de clientes de MetLife S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP). Como titular de los datos, Ud. tiene la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor tenga a bien enviar un e-mail a esta dirección: [atencion.clientes@metlife.com.ar](mailto:atencion.clientes@metlife.com.ar).

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, Ud. autoriza a MetLife Seguros S.A. a transferir local o internacionalmente sus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326."

Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y 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.

Firme aquí

Firma del Propuesto Asegurado  
(revalidar con su firma  
el duplicado y triplicado)

Aclaración

Sello y firma de la  
empresa contratante

Lugar y fecha

Ante cualquier duda o consulta, llámenos al **0800-666-4545**, de lunes a viernes de 9 a 18 hs., o por mail a [clientes.corporate@metlife.com.ar](mailto:clientes.corporate@metlife.com.ar). MetLife Seguros S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.