SWISS MEDICAL SEGUROS

Solicitud de Seguro de Salud

La presente declaración será llenada por el solicitante, previa lectura de la primera parte del Art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, 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 del riesgo, hace nulo el contrato".

Datos del Propuesto Asegurado:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

Estado Civil: Soltero/a☐ Casado/a☐ Separado/a☐ Divorciado/a☐ Viudo/a☐ Unión Convivencial☐ Unión Civil☐

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: ____ Género: M☐ F☐ X☐

Domicilio particular: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

E-mail: _____ Cel.: 0☐☐☐ 15☐☐☐☐☐☐☐ Tel. fijo: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Datos del Tomador:

Razón Social: BANCO MASVENTAS S.A. **CUIT:** 30-54061826-3 **Domicilio:** España 610

Localidad: Salta **Código Postal:** 4400 **Provincia:** Salta

Coberturas		Suma Asegurada	
		Plan A	Plan B
Intervenciones Quirúrgicas (A)	Nivel 1	$ 271.755,23	$ 370.674,27
	Nivel 2	$ 543.510,47	$ 741.348,53
Renta Diaria por Internación	Sala común	$ 3.408,08	$ 3.574.72
	UTI/ UCO	$ 6.816,16	$ 7.149.43
Trasplantes	Médula Ósea	$ 2.656.495,17	$ 3.780.655.88
	Hepático	$ 2.656.495,17	$ 3.780.655.88
	Cardiopulmonar	$ 2.656.495,17	$ 3.780.655.88
	Cardíaco	$ 2.656.495,17	$ 3.780.655.88
	Renal	$ 664.123,79	$ 945.163.97
	Reno pancreático	$ 1.992.371,38	$ 2.835.491,91
	De cornea	$ 265.649,52	$ 378.065.59
Diagnostico de Cáncer		$ 385.458,49	$ 473.248,69
Reintegro de gastos por Prótesis		$ 148.268,12	$ 316.814.13
Premio		**$ 2.852**	**$ 3.700**

Incluye Servicio de Consultas Médicas Telefónicas - Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas - Servicio de Asistencia Médica a Domicilio - Servicio de Urgencias Odontológicas - Descuento en farmacias.

Costo mensual del Seguro de acuerdo al plan seleccionado a la vigencia inicial.
Edad mínima de contratación 18 años, edad máxima de ingreso 64 años, límite de permanencia 65 años.
Carencias: Intervenciones quirúrgicas 90 días - Trasplantes de órganos 120 días - Prótesis 90 días - Cáncer 60 días. Días de internación mínimo 3 máximo 90.

Seleccione el plan elegido: Plan A☐ Plan B☐

Firma y autorización para el pago mensual por tarjeta de crédito o débito en cuenta:

En su carácter de titular de la tarjeta de crédito autoriza por este medio a que el importe correspondiente al presente Seguro sea debitado de su tarjeta de crédito, facultando a SMG LIFE Seguros de Vida S.A.U. a presentar esta autorización a la entidad emisora o bancaria que corresponde para hacer efectiva la misma.

Tipo de Tarjeta: _____ N°: ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Fecha de Vencimiento (MM/AA): ☐☐ ☐☐

En caso de débito en Cuenta Corriente o Caja de Ahorro completar los siguientes datos:

Cuenta Corriente☐ Caja de Ahorro☐ Sucursal: _____ CBU N°: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

LDE0284 Versión 10/2026

Advertencia:

La propuesta de contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al asegurado ni al asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales." (Artículo 4° de la Ley de Seguros N° 17.418).

Resolución 407/01 y sus modificatorias del Ministerio de Economía:

"Artículo 1° - Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c. Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d. Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

Art. 12 de la Ley 17.418:

"Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza".

Ley N° 25.326 de Habeas Data:

La suscripción de la presente, excepto opción personal por escrito en contrario, importará autorizar a SMG LIFE Seguros de Vida S.A.U., y/o a Swiss Medical S.A. y a sus sociedades controladas, controlantes o vinculadas, a utilizar los datos no sensibles en futuras campañas de fidelización, los cuales serán resguardados según las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. El titular tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326 y/o la/s modifique/n y/o complemente/n).

☐ **No da su autorización.**

Declara bajo juramento que ha leído y entendido las preguntas anteriores y que todas las respuestas brindadas son verídicas y completas, y que ningún dato preguntado ha sido omitido en las mismas, así como también resultan verídicos y completos todos los datos escritos en este formulario.

Art. 25.2.3.f del Reglamento General de la Actividad Aseguradora:

"No podrán aplicarse exclusiones por enfermedades preexistentes conjuntamente con algún otro plazo de carencia".

Acepta expresamente recibir en formato electrónico el certificado individual a emitirse según lo establecido en el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora aprobado por la Resolución 38.708/2014 y complementarias de la Superintendencia de Seguros de la Nación. En la página institucional de la Aseguradora www.swissmedicalseguros.com, encontrará los medios de contacto para obtener el certificado. La Compañía lo enviará mediante correo electrónico a la dirección de e-mail arriba indicada.

El Seguro de Vida solicitado en el presente formulario entrará en vigencia en la fecha indicada en el certificado individual que emita la Compañía, una vez aceptado el riesgo por la misma.

El Asegurado y/o Tomador podrán, en cualquier momento, solicitar a la aseguradora un ejemplar en original de su Póliza.

Firmado en _____ el ____ de _____ de 20 ____

Firma del Solicitante	Aclaración de la firma	DNI