

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

La presente declaración será llenada de puño y letra por el solicitante, previa lectura de la primera parte del Art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que establece que "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".

IMPORTANTE: Completar en letra imprenta. Toda enmienda o tachadura, deberá ser salvada por el Asegurado Propuesto.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO:

Nombre y apellido completo: _____
DNI: _____ CUIL/CUIT: _____ Nacionalidad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ____ Edad: ____ Género: F M
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil
Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
Provincia: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
E-mail: _____

Datos del Tomador:

Razón Social: BANCO MASVENTAS SA
Localidad: Salta

CUIT: 30-54061826-3
Código Postal: 4400

Domicilio: España 610
Provincia: Salta

COBERTURAS	CAPITAL
Muerte por accidente	\$ 850.500
Invalidez total parcial permanente	\$ 850.500
Asistencia médico farmacéutica	\$ 10.000
Franquicia para AMF	\$ 100
Premio	\$ 195

Costo mensual del Seguro a la vigencia inicial: \$195

Edad mínima de contratación 14 años, edad máxima de ingreso 64 años.

Límite de permanencia al cumplir los 70 años.

Carencias: No aplica Preexistencia: No aplica.

Beneficiarios del titular:

El Asegurado tiene derecho a designar uno o más Beneficiarios. El orden designado determinará la prioridad del pago. En caso de fallecimiento de los Beneficiarios designados en primer orden, el beneficio corresponderá a los Beneficiarios del siguiente orden de prelación.

Si se designaran dos o más Beneficiarios sin indicar los correspondientes porcentajes, el beneficio será prorrateado en partes iguales. Si un Beneficiario falleciera antes o al mismo tiempo que el asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás Beneficiarios, si los hubiese, en forma proporcional. La sumatoria de los porcentajes asignados no podrá exceder el 100% del capital asegurado dentro del mismo número de orden. En caso de NO designar Beneficiarios o si la designación fuera ineficaz, el beneficio corresponderá a los herederos legales.

Orden	Apellido y Nombre	Parentesco	DNI	% del beneficio
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

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

Tarjeta N°:

Fecha de Vencimiento (MM/AAAA):

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

Corriente Caja de Ahorro Sucursal: _____ CBU N°:

Firma del Titular de la tarjeta

Aclaración

DNI

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 429/00 y SUS MODIFICATORIAS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA:

Art. 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., 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 doy mi autorización.

Declaro bajo juramento que he 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".

Acepto 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 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

DNI

