SOLICITUD DE SEGURO DE PROTECCIÓN

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".

MPORTANTE: Completar en letra imprenta. Toda enmienda o tachadura, deberá ser salvada por el Asegurado Propuesto.							
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO:							
DNI:	to: CUIL/CUIT: Nacionalidad: Fecha de Nacimiento: / Edad: Género: □ F □ M						
Estado Civil: Soltero/a Domicilio: Provincia: E-mail:	Casado/a	Divorciado/a Localidad: Teléfono:	Viudo/a	☐ Unión C	onvivencial Celular:	☐ Un C.P.:	ión Civil
Datos del Tomador: Razón Social: BANCO MASVENTAS SA CUIT: Localidad: Salta Código		IT: 30-54061826-3 digo Postal: 4400		Domicilio: España 610 Provincia: Salta			
COBERTURAS		PLAN 1: CAPITA ASEGURADO		2: CAPITAL GURADO	PLAN 3: CA ASEGUR		

COBERTURAS		PLAN 1: CAPITAL ASEGURADO	PLAN 2: CAPITAL ASEGURADO	PLAN 3: CAPITAL ASEGURADO
Muerte		\$ 168.000	\$ 210.000	\$ 256.000
Incapacidad por accidente		\$ 168.000	\$ 210.000	\$ 256.000
Indemnización adicional por muerte accidental		\$ 168.000	\$ 210.000	\$ 242.000
Anticipo de la S.A. por enfermedad terminal		\$ 84.000	\$ 105.000	\$ 128.000
Trasplantes	Médula ósea	\$ 168.000	\$ 168.000	\$ 168.000
	Hígado	\$ 168.000	\$ 168.000	\$ 168.000
	Pulmón	\$ 168.000	\$ 168.000	\$ 168.000
	Corazón-Pulmón	\$ 168.000	\$ 168.000	\$ 168.000
	Páncreas	\$ 144.000	\$ 144.000	\$ 144.000
	Corazón	\$ 144.000	\$ 144.000	\$ 144.000
	Riñón	\$ 57.600	\$ 57.600	\$ 57.600
Premio		\$ 130	\$ 156	\$ 189

Edad mínima de contratación 14 años, edad máxima de ingreso 64 años, límite de permanencia 70 años. Trasplantes carencia 120 días. Carencias: No aplica. Preexistencia: 1 año. Incluye Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas.

Seleccione el plan elegido: ☐ Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ Plan 3

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	DINI	% dei benencio
En mi carácter sea debitado d	de titular de la tarje de mi tarjeta de crédi	ta de crédito autorizo p	_IFE Seguros de Vida S.,	mporte correspondi	iente al presente Seguro autorización a la entidad
			misma.		
Tarjeta Nº:		Fecha	de Vencimiento (MM/A	AAA):	
En caso de déb	oito en Cuenta Corrie	ente o Caja de Ahorro c	ompletar los siguientes	datos:	
Corriente	☐ Caja de Ahorro	Sucursal: C	CBU N°:		
Firma del T	itular de la tarjeta	1	Aclaración		DNI

Dawantaaaa

DAIL

ADVERTENCIA:

0...

A a a III al a v. NI a a a la a a

"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 ente completas, y que ningún dato preguntado h los datos escritos en este formulario.		•	•
Art. 25.2.3.f del Reglamento General de la "No podrán aplicarse exclusiones por enfe	_	n algún otro plazo d	e carencia".
Acepto expresamente recibir en formato e del Reglamento General de la Actividad Superintendencia de Seguros de la Naci encontrará los medios de contacto para dirección de e-mail arriba indicada.	l Aseguradora aprobado por Resolución ón. En la página institucional de la Aseg	38.708/2014 y co guradora www.swiss	mplementarias de la smedicalseguros.com,
El Seguro de Vida solicitado en el presente emita la Compañía, una vez aceptado el rie	_	a indicada en el cert	ificado individual que
El Asegurado y/o Tomador podrán, en cua	lquier momento, solicitar a la aseguradora	un ejemplar en origi	nal de su Póliza.
Firmado en	el	de	de 20
Firma del Solicitante	Aclaración		DNI



