

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".

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

CUIT: 30-54061826-3

Domicilio: España 610

Localidad: Salta

Código Postal: 4400

Provincia: Salta

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.

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

