

Solicitud Nro : _____ Fecha: ____/____/_____

VIDA MAS-2

SOLICITUD DE SEGURO

Solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros (CUIT N° 30-68082752-0) la emisión de la Póliza de Seguro de Vida, con el objeto de asegurar de acuerdo con las condiciones de la misma, a todas las personas humanas detalladas posteriormente, que cumplan los requisitos de edad y asegurabilidad exigidos por la Compañía.
Ley N° 17.418 – Artículo 5º (primera parte) – “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”.
Reconozco y acepto que la presente Solicitud presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección necesarios para el otorgamiento de la cobertura. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador ni al asegurado, según el Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.”
Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega escribir los nombres y apellidos completos y con la mayor claridad posible, preferentemente en letra de imprenta, así como especificar en forma precisa la profesión u ocupación del Solicitante, y responder a todas las preguntas contenidas en la presente Solicitud.

DATOS DEL TOMADOR

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

D.N.I: _____ Estado civil: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____

C.U.I.T./C.U.I.L o CDI: _____ Ocupación/trabajo: _____ Lugar de trabajo: _____

Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Repartición: _____ Provincia: _____

Dirección: _____ Nº: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____ Localidad: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Apellido y nombre	D.N.I	%	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____

En caso de fallecimiento del cónyuge los beneficiarios serán los herederos legales. En caso de fallecimiento de los hijos el beneficiario será el asegurado titular.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Apellido y nombre	D.N.I	Sexo	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____

MEDIOS DE PAGO – A cumplimentar por el pagador

Autorizo a Beneficio S.A. Compañía de Seguros a solicitar el débito automático del premio del seguro contratado en esta solicitud, aceptando que sean incluidas y/o debitadas de forma directa y automática. Ante la imposibilidad de concretar el débito en mi cuenta bancaria o en el resumen de la tarjeta de crédito por decisión de la entidad emisora relacionada con la vigencia validez y/o límites de crédito, me comprometo al pago de los premios por algún otro medio de pago autorizado. Mi relación con el asegurado es (marcar)

Asegurado/Madre/Padre/Hijo/Guardian/Otro. Especificar: _____

Tarjeta de crédito: | AMEX | VISA | MÁSTER | OTRAS: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ D.N.I del titular: _____

Número de tarjeta: _____ Vencimiento: ____/____ Cód. seguridad: _____

Adhesión a débito: | Caja de ahorro | Cuenta corriente | OTRAS: _____

Nombre del titular de la cuenta: _____ D.N.I del titular: _____

Banco: _____ Nº de cuenta: _____ C.B.U: _____ Convenio N°: _____

De acuerdo con el Art 1 de la resolución ME N° 429/00, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranzas, 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 con controlador fiscal, 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 UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Solicitud Nro : _____ Fecha: ____ / ____ / _____

PREMIO DEL SEGURO Y PLAN CONTRATADO

Teniendo en cuenta el cuadro de tarifas, por favor complete con los datos correspondientes. Marcar con una X la opción a contratar.

	Vida con clausulas	Sepelio grupo familiar (*)	Total	Opción a contratar
Opción 1	\$367	\$50	\$417	
Opción 2	\$437	\$70	\$507	
Opción 3	\$507	\$90	\$597	

(*)Sepelio Grupo Familiar – Se reintegrará la suma de hasta Opción 1 \$50.000 / Opción 2 \$70.000 / Opción 3 \$ 90.000 por gastos de sepelio incurridos por fallecimiento del titular, cónyuge o hijos entre 1 y 21 años

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Fallecimiento por cualquier causa	\$250.000	\$350.000	\$450.000
Muerte accidental (adicional)	\$250.000	\$350.000	\$450.000
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y/o Accidente (sustitutiva)	\$250.000	\$350.000	\$450.000
Enfermedades graves (1)	\$50.000	\$60.000	\$80.000
Huesos rotos máximo en conjunto (2)	\$42.000	\$42.000	\$42.000
Intervenciones quirúrgicas máximo (3)	\$60.000	\$60.000	\$60.000
Trasplantes máximos (4)	\$200.000	\$200.000	\$200.000

- (1) Las Enfermedades Graves Cubiertas son: Cáncer-Infarto de Miocardio –Insuficiencia Renal –ACV
- (2) Comprobada la fractura de huesos la compañía abonara la suma asegurada según el tipo de fractura detallado en póliza hasta la suma asegurada máxima por evento cubierto.
- 3)Se indemnizará al asegurado cuando el mismo haya sido sometido a una de las intervenciones quirúrgicas (Alta media y Baja Complejidad) detalladas en la póliza abonando el capital establecido para cada intervención según su BVM. BVM 0 \$ 60.000 – BVM 45 \$ 24.000 – BVM 45 \$ 18.000
- (4) Se indemnizará al asegurado que haya sido sometido a un trasplante según el detalle de póliza.

Edad mínima de contratación Titular y Cónyuge: 18 años / **Edad máxima de contratación Titular y cónyuge:** 64 años/**Edad máxima de permanencia titular vida:** Clausulas adicionales: 64 años. Fallecimiento: 70 años.

Edad máxima de permanencia titular cónyuge e hijos en sepelio: Titular y cónyuge: 70 años. Hijos: 21 años.

CARENCIAS Y PREEXISTENCIAS:

- No se dará cobertura por Enfermedades Preexistentes a la contratación de la póliza por 12 MESES. *Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad que padeciera el asegurado con anterioridad a la contratación de la póliza y que sea la causa del siniestro.*
- Se aplicará una carencia de 90 días para todas las intervenciones quirúrgicas
- Para las intervenciones “11.04.01 - Parto” y “11.04.03 - Operación Cesárea Clásica” el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de “11.04.02 - Evacuación uterina - 2º trimestre de embarazo” dicho período de carencia será de 150 días.
- Se aplicará una carencia de 120 días para TRASPLANTES
- Enfermedades Graves. Carencia 90 días
- Las coberturas por accidente no aplican carencia.

En los términos del artículo 6 de la ley N° 25.326 informamos que los presentes datos son recolectados función de la propuesta de seguros que por éste se formaliza. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley N° 25.326. El titular de dichos datos podrá, en cualquier momento, solicitar el retiro o bloqueo su nombre de los bancos de datos La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, Organismo de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Por el presente manifiesto que en mi carácter de tomador/asegurado presto conformidad a los efectos de que me envíen por medios electrónicos, conforme lo establecido en el inciso a) del punto 25.2.3 del RGAA, la póliza y/o certificados de cobertura a la dirección de correo electrónico o teléfono celular detallada en mis datos personales arriba informados. Por la presente manifiesto que en mi carácter de tomador/asegurado que he sido notificado que de acuerdo a lo dispuesto en el punto 25.3.5 i) del RGAA, la póliza y/o certificado de cobertura pueden ser descargadas desde la página web de BENEFICIO www.beneficioweb.com.ar accediendo a la misma con DNI y número de póliza. Declaro, en mi nombre: Tomo conocimiento que, en función de la Ley 25.246, de resoluciones de la Unidad de Información Financiera, Modificatorias y Complementarias y demás Resoluciones que resulten aplicables, y en virtud de que “Beneficio S.A. Compañía de Seguros” es sujeto obligado, se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de dichas disposiciones, al momento de producirse cualquier pago en virtud de la póliza o cambio de beneficiarios y al producirse la anulación de la cobertura o la ocurrencia de un siniestro. En consecuencia, me comprometo expresamente a colaborar con el suministro de la información que me sea requerida en el marco de tal normativa, a la entrega de la documentación correspondiente y de los informes que la respaldan, así como a la provisión de todos aquellos datos que resulten necesarios a efectos de que “Beneficio S.A. Compañía de Seguros” pueda dar acabado cumplimiento a las obligaciones previstas en las normativas citadas. Asimismo, y de acuerdo a lo establecido por la Resolución Nro. 38.477 de la SSN, sobre políticas procedimientos y controles internos para combatir el fraude, comunicamos a nuestros asegurados, productores asesores de seguros y auxiliares de la actividad, que nuestra compañía Beneficio S.A. Compañía de Seguros se adhiere a las medidas a tener en cuenta para prevenir y detectar el fraude, dando así cumplimiento a la normativa vigente. **DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. Art. 34º, inciso c). RES. UIF 28/2018** [1] Solo para el caso de que el tomador/asegurado sea otro Sujeto Obligado. El Tomador / Asegurado es Sujeto Obligado?: SI NO En caso afirmativo: Declaro bajo Juramento, que como Sujeto Obligado de acuerdo con lo estipulado por el Art. 20 de la Ley 25.246, cumplo con todas las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo. **Adjuntar copia de la correspondiente inscripción en UIF como Sujeto Obligado.**

Fecha: ____ / ____ / _____

PRODUCTOR

Firma: _____

Nombre: _____

Código: _____

Firma y aclaración del pagador

Firma y aclaración del asegurado

(en caso de ser diferente al titular)