

Solicitud Nro : _____ Fecha: ____/____/____

VIDA ULTRA

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: _____

CUIT/CU.I.L o CDI: _____ Sexo: _____ Ocupación/trabajo: _____

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

Correo electrónico: _____ Repartición: _____

Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Lugar de trabajo: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Apellido y nombre	D.N.I	%	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: _____ N° 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. –

_____/____/____

Fecha

Firma y aclaración

Firma y aclaración del pagador

(en caso de ser diferente al titular)

Solicitud Nro : _____ Fecha: ____/____/_____

PREMIO DEL SEGURO Y PLAN CONTRATADO (marcar el que corresponda)

Teniendo en cuenta el cuadro de tarifas, por favor seleccione el producto a contratar y complete con los datos correspondientes.

PRODUCTO	OPCION DE CAPITAL	EDAD	PREMIO MENSUAL
Muerte + Clausulas			
Muerte			

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Muerte

En caso de fallecimiento, la aseguradora abonará el capital asegurado según la opción de capital escogida. Si el asegurado optara por la opción de Sepelio Prestacional, la aseguradora deducirá de la suma asegurada hasta \$ 118.000*, abonando el remanente a los beneficiarios designados, de no haber designado beneficiario, se abonará a los herederos legales.

Muerte + Clausulas:

Muerte: en caso de fallecimiento la aseguradora abonará el capital asegurado según la opción de capital escogida. Si el asegurado optara por la opción de Sepelio Prestacional, la aseguradora deducirá de la suma asegurada hasta \$ 118.000*, abonando el remanente a los beneficiarios designados, de no haber designado beneficiario, se abonará a los herederos legales.

Clausulas Adicionales hasta cumplir los 65 años:

Doble indemnización en caso de muerte accidental.

Adelanto del 50% del capital asegurado en caso de diagnóstico de Enfermedad Grave (Cáncer/ACV/ Insuficiencia Renal/ By Pass o Infarto de miocardio).

Capital adicional en caso de enfermedad terminal: se abonará 100% de la suma asegurada de muerte en caso de diagnóstico de enfermedad terminal hasta \$ 100.000

Edad máxima de permanencia clausulas adicionales: 65 años

Edad máxima de permanencia muerte: 70 años

En caso de fallecimiento autorizo a Beneficio S.A Compañía de Seguros a realizar el servicio de Sepelio con una de sus prestadoras y deducir hasta \$92.812,50 de la suma asegurada contratada.

(*) Dicho monto se actualizará en marzo de cada año y será equivalente a 5.5 SMVM a diciembre del año inmediato anterior

En los términos del artículo 6 de la ley Nº 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 Nº 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 INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de Control de la Ley Nº 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.

Capital hasta \$ 500.000: queda convenido que este seguro no cubrirá siniestros como consecuencia de enfermedades preexistentes o accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso de esta póliza. Se entiende por enfermedad preexistente, toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento.

Capitales a partir de \$ 500.001: deberá cumplimentar un Cuestionario de Salud que será suscripto por la compañía a fin de determinar la aceptación del seguro.

La clausulas adicionales de Enfermedades Graves y Enfermedades terminales tendrán una carencia de 90 días.

PRODUCTOR

Firma: _____

Nombre: _____

Código: _____

_____/_____/_____

Fecha

Firma y aclaración del asegurado