

Solicitud N°: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Sepelio S

### SOLICITUD de SEGURO

Solicito ser incluido en el plan de Seguro de Sepelio - Cobertura Prestacional / Reintegro de Gastos de Sepelio (según corresponda) por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo con las condiciones convenidas con la aseguradora Beneficio S.A. Compañía de Seguros (CUIT N° 30-68082752-0) a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Ley N° 17.418 - Artículo 5° (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. 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 esta solicitud.

### DATOS del TOMADOR

Apellido(s) y nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

CUIT / CUIL o CDI: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación / trabajo: \_\_\_\_\_

Prefijo telefónico: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Repartición: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso / Dpto: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

### DATOS del GRUPO FAMILIAR a asegurar

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

Apellido(s) y nombre(s)	DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el asegurado titular
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

### 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 sea incluido y/o debitado 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  MasterCard  Otra: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ DNI del titular: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta: \_\_\_\_\_ Vencimiento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Cód. seguridad: \_\_\_\_\_

Adhesión a débito:  Caja de ahorros  Cuenta corriente  Otra: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ DNI del titular: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_

CBU: \_\_\_\_\_ 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 N°: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN de la COBERTURA**

- Fallecimiento por accidente o enfermedad
- Servicio prestacional de sepelio con cobertura en todo el país o reintegro de gastos de sepelio
- Extensión máxima de la cobertura (titular y cónyuge): 99 años de edad / Extensión máxima de la cobertura (hijos): 25 años de edad
- Edad máxima de asegurabilidad (titular y cónyuge): 69 años / Edad máxima de asegurabilidad (hijos): 21 años
- Carencia: 30 días (asegurado de hasta 65 años de edad) / 90 días (asegurados mayores de 65 años de edad)
- Capital asegurado inicial y costo inicial del seguro actualizables en función del SMVM (máximo: 5,5 SMVM)

**COSTO del SEGURO**

PLAN	ASEGURADO		EDAD	PREMIO MENSUAL
<b>Sepelio S</b>	<b>Titular</b>			
	<b>Cónyuge</b>			
	<b>Hijos</b>	<b>Cantidad de hijos a asegurar</b>		
	<b>PREMIO MENSUAL TOTAL (*)</b>			

(\*) no incluye sellados provinciales que pudieran corresponder

<b>CAPITAL ASEGURADO (máximo inicial)</b>

Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

En los términos del artículo 6° de la ley N° 25.326 informamos que los presentes datos son recolectados función de la propuesta de seguro 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 INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que 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 he sido notificado de que de acuerdo a lo dispuesto en el punto 25.3.5 i) del RGAA, la póliza y/o certificado de cobertura puede ser descargada 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 N° 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 N° 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?: | SÍ | 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. Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Tomador como constancia.

PRODUCTOR

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma y aclaración del asegurado