

SOLICITUD SEGURO DE SEPELIO PÓLIZA COLECTIVA PARA EL ASEGURABLE



Nº de Solicitud

Por medio de la presente solicito a Life Seguros (en adelante denominada el "Asegurador" o la "Compañía") ser incluido en la póliza de seguro colectivo de sepelio - reintegro de gastos, Nº de Póliza **205000285**, en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales que forman parte de la misma, las que declaro conocer y aceptar en su totalidad, y afirmando que los datos consignados en la presente solicitud son completos y veraces.

ADVERTENCIA: Art. 5 de la Ley 17.418. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun 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.

Exclusión de otros seguros: 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.

DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: _____ Actividad: _____
C.U.I.T.: _____ Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ E-mail (si se tiene): _____

DATOS DEL ASEGURABLE

Apellido y Nombre: _____ C.U.I.T. | C.U.I.L.: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Provincia: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ E-mail (si se tiene): _____
Código Postal: _____ Teléfono: _____

En relación con la póliza y demás documentación relativa al seguro contratado, según lo establecido en el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora ("RGAA") aprobado por Resolución 38708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación ("SSN"), solicito recibirla:

- En soporte electrónico, a cuyo fin acepto descargarlos de la página institucional del Asegurador (www.lifeseuros.com.ar) y que el Asegurador alternativamente pueda entregármelos mediante correo electrónico a ser enviado a la dirección arriba indicada, a cuyo fin declaro tener acceso a internet.
 En soporte físico, modalidad que únicamente será aplicable en caso de ejercicio expreso de esta opción como única modalidad de recepción (aplicándose de lo contrario la modalidad de soporte electrónico).

DATOS DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: / /

Vigencia: **Anual renovable.**

Se deja constancia que el pago de las primas est a cargo del Tomador Asegurado

Coberturas y Cláusulas Adicionales solicitadas	Suma Asegurada	Costo
<input checked="" type="checkbox"/> Sepelio	\$ 725.760	\$994

- No incluye sellados provinciales y percepción IIBB.-

FORMA DE PAGO

Forma de pago: CBU Tarjeta de Crédito Tarjeta: Visa Mastercard Otra: _____
Nº de Tarjeta: _____ CBU: _____

Autorizo, en caso que el Asegurador acepte la presente solicitud, a que las sumas de dinero necesarias para atender el pago del premio del presente seguro y sus respectivas renovaciones sean debitados en forma directa y automática de la cuenta / tarjeta de crédito indicada más arriba. Queda entendido que es de mi exclusiva responsabilidad el pago del premio del seguro solicitado.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Enfermedades Preexistentes: Se aplica cláusula de enfermedades preexistentes durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual.

Carencia: No aplica.

Exclusiones de cobertura / riesgos no cubiertos: Conforme Adjunto.

Edad Mínima de contratación: 18 años.

Edad Máxima de contratación: 80 años.

Edad Máxima de permanencia: 85 años.



Nº de Solicitud

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

CONDICIONES GENERALES COMUNES - SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO

Artículo 16º - Residencia y viajes - Riesgos no cubiertos - Pérdida del derecho a la Indemnización

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- Suicidio voluntario, salvo que el certificado individual de cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia del mencionado certificado.
- Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado.
- Participación en empresa criminal.
- Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario
- Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

ADVERTENCIA: 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.

Medios de pago habilitados: Conforme Resolución del Ministerio de Economía Nro 429/2000 Art. 2, los únicos medios de pago habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los que a continuación se detallan:

- Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades Financieras sometidas al régimen de la ley 21.526
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley 25.065
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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.

Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo: La compañía se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 28/2018 emitida por la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma. Podrá consultar el texto completo de Resolución en el sitio <https://www.argentina.gob.ar/uif>

Firma del solicitante

Aclaración

Lugar y Fecha

