

SEGURO INDIVIDUAL DE SEPELIO - SOLICITUD DE COBERTURA

N° SOLICITUD:

Solicito ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio - Cobertura Prestacional / Reintegro de Gastos de Sepelio (según corresponda) por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con la aseguradora (Datos de la Aseguradora) a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

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.

La presente solicitud se formula en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que correspondan de acuerdo al seguro solicitado, que declaramos conocer y aceptar en todas sus partes.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:

- Nombre y Apellido o Razón Social:
- Domicilio: Localidad:
- Provincia: C.P.:
- CUIT/CUIL: Condición Frente al IVA:
- Dirección de email: Teléfono:
- Actividad: Sexo:
- Lugar y fecha de nacimiento:

COBERTURAS SOLICITADAS: (marcar la opción seleccionada por el Tomador de la póliza)

- COBERTURA PRESTACIONAL
- REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO

PLAZO DE CARENIA: 30 días corridos

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación: (completar solamente en caso de solicitar la inclusión de familiares al seguro)

DATOS GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE:

Nombre y Apellido	Parentesco con el Asegurado Titular	Documento N°	Fecha de Nacimiento	Teléfono

FORMA DE PAGO:

- Cheque
- Tarjeta de Crédito N°: Vto.: Cod. Seg.: Titular:
- CBU N°: Titular: CUIT:
- Otros medios de pago:

FACTURACIÓN: mensual - trimestral - semestral - anual (tachar lo que no corresponda)**CUOTAS:** mensual - trimestral - semestral - anual (tachar lo que no corresponda)**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:**

Dejamos expresa constancia que el Asegurador podrá efectuar la entrega de la documentación relacionada con el presente seguro por los siguientes medios electrónicos:

- a) Página institucional de Internet del Asegurador: www.segurosgestion.com.ar
- b) Correo electrónico del asegurado y/o tomador:.....

Habiendo consignado correo electrónico dejamos expresa constancia de nuestra aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarnos por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro que por la presente solicitamos. El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

MEDIOS DE PAGO HABILITADOS - Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía.**Artículo 1** - Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- 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 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.
- e) 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.

Artículo 2 - Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.**Artículo 5 de la Ley N° 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"**IMPORTANTE: Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:** El Tomador asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

En _____ a los _____ días de _____ de 20__.

.....
Firma y aclaración del Asegurado Titular Solicitante

Productor:N°:

Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Asegurado Titular como constancia.