

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORARIO 1 AÑO - SOLICITUD DEL SEGURO

Artículo 4° de la Ley de Seguros Nro. 17418: La propuesta de contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni a la Aseguradora. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales.

DATOS DEL ASEGURABLE:

- Nombre y Apellido completos:
- Domicilio: Localidad:
- Provincia: C.P.:
- CUIT/CUIL: Condición Frente al IVA:
- Dirección de email: Teléfono:
- Profesión / Actividad declarada: Ingresos mensuales:
- Lugar y fecha de nacimiento:

COBERTURA: Por la presente solicito las coberturas que se indican a continuación.

El otorgamiento de la cobertura de este Seguro queda sujeto a la aprobación de la Solicitud por parte de **Gestión Compañía Argentina de Seguros S.A.**, de acuerdo con los requerimientos de la Compañía.

VIGENCIA DESDE:/...../ 20.....

VIGENCIA HASTA:/...../ 20.....

MONEDA DEL CONTRATO:

Coberturas	SÍ	NO	Suma Asegurada	Condiciones	Edad Máxima de Cobertura
Básica: Muerte por enfermedad o accidente					
Adicionales:					
Muerte por accidente					
Adicional por accidente					
Invalidez total y permanente					
Por enfermedad o accidente				Plazo de Espera:	
Por accidente				Plazo de Espera:	

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)

BENEFICIARIOS - a completar por el Asegurable - En caso de silencio se entiende que se designaran los Herederos Legales.

Si usted decidiera la designación de más de dos beneficiarios, sírvase continuar en una hoja aparte.

Apellido y Nombre / Razón Social:
Tipo y Nro. de Documento: Fecha de Nacimiento:/...../.....
C.U.I.T. / C.U.I.L.:
Domicilio Calle: Nro.....Piso.....Dpto.....
Localidad: Código Postal:
Provincia: Teléfono:
Parentesco con el solicitante: Porcentaje indemnización: %

Apellido y Nombre / Razón Social:
Tipo y Nro. de Documento: Fecha de Nacimiento:/...../.....
C.U.I.T. / C.U.I.L.:
Domicilio Calle: Nro.....Piso.....Dpto.....
Localidad: Código Postal:
Provincia: Teléfono:
Parentesco con el solicitante: Porcentaje indemnización: %

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:

- Página institucional de Internet del Asegurador: **www.segurosgestion.com.ar**
- 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.

NOTAS Y ADVERTENCIAS

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por **Gestión Compañía Argentina de Seguros S.A.**. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Tus derechos".

Artículo 5 de la Ley Nº 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 y la persona asegurable 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.

Declaro que los datos que anteceden son verídicos y manifiesto mi voluntad de asegurarme de acuerdo con las especificaciones de esta Solicitud, regida por las Condiciones Generales y Específicas cuyas disposiciones conozco y acepto.

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

.....
Firma y aclaración del Asegurable
Productor:Nº: