

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

Solicitud N°:

Compañía:

Fecha de Solicitud:

Producto:

Vigencia desde:

Plan:

Vigencia hasta:

Sucursal:

Ejecutivo:

Canal de Venta:

Titular

Cliente Apellido y Nombre:

Tipo de Documento: DNI LE LC CI CUIT CUIL Otro:

N° de Documento:

Fecha de Nacimiento:

Categoría:

Sexo:

Condición IVA:

Estado Civil:

Edad:

Domicilio Postal

Tipo:

Calle:

Número:

Piso:

Departamento:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

País:

Contactos

Celular:

Particular:

E-mail:

COMPAÑÍAS ASEGURADORAS - COBERTURAS

COMPAÑÍAS ASEGURADORAS OFRECIDAS POR EL BANCO:

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

CARUSO CIA ARGENTINA DE SEGUROS SA.

Planes:

- **AMPARO PERSONAS ADULTAS MAYORES:** Muerte por cualquier causa y en cualquier lugar.

PLAN	Suma Asegurada	Premio Mensual
Muerte por cualquier causa	\$ 1.156.000	\$ 10.741,14

- **TU AMPARO:** Muerte por cualquier causa y en cualquier lugar, Enfermedades graves, Trasplante.

Plan	Suma Asegurada	Premio Mensual
Titular	\$ 1.156.000	\$ 5.856,02
Titular y Cónyuge	\$ 1.156.000	\$ 11.224,96
Grupo familiar	\$ 1.156.000	\$ 4.837,27

BONACORSI SEGURO DE PERSONAS S.A.

Planes:

- **PLAN INDIVIDUAL:** Sepelio, Parcela, Nicho o Cremación, Fallecimiento.

Cobertura	Suma Asegurada
Sepelio	\$ 486.650,40
Parcela Nicho y Crematorio	\$ 124.442,40
Fallecimiento	\$ 197.600,00
Rango de Edad	Premio Mensual
de 0 a 50 años	\$ 4.070,00
de 51 a 60 años	\$ 5.064,00
de 61 a 65 años	\$ 5.730,00
de 66 a 70 años	\$ 6.122,00
de 71 a 75 años	\$ 8.218,00
de 76 a 80 años	\$ 10.496,00

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

- **PLAN SEPELIO MÁS VIDA PLAN FAMILIAR:** Sepelio, Parcela, Nicho o Cremación, Fallecimiento.

Cobertura	Suma Asegurada
Sepelio	\$ 486.650,40
Parcela Nicho y Crematorio	\$ 124.442,40
Fallecimiento	\$ 197.600,00
Plan	Premio Mensual
TITULARES	\$ 4.070,00
Plan Familiar	\$ 7.887,00

LIFE SEGUROS DE PERSONAS Y PATRIMONIALES S.A.

PLANES:

- **CORDOVIDA MUJER:** Ayuda económica ante primer diagnóstico de enfermedad oncológica ginecológica (Cáncer de ovario – Útero y/o Mamas). Asistencia de personas.

CORDOVIDA Mujer	Suma Asegurada		
	\$ 4.862.000	\$ 7.293.000	\$ 9.724.000
Rango de Edad	Costo Mensual		
Hasta 39 años	\$ 1.811,97	\$ 2.673,35	\$ 3.534,71
40-44	\$ 2.561,73	\$ 3.797,99	\$ 5.034,25
45-49	\$ 3.524,13	\$ 5.226,59	\$ 6.939,05
50-54	\$ 5.521,76	\$ 8.238,04	\$ 10.954,31
55-59	\$ 5.747,31	\$ 8.586,65	\$ 11.425,99
60-64	\$ 9.365,24	\$ 14.003,42	\$ 18.641,48

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

- **CORDOVIDA BENEFICIO:** Muerte por cualquier causa.

Coberturas	Suma Asegurada	
	Plan 1	Plan 2
Titular Muerte por cualquier causa	\$ 1.326.000,00	\$ 1.768.000,00
Titular Premio Mensual	\$ 5.298,73	\$ 7.064,98

Coberturas	Suma Asegurada	
	Plan 1	Plan 2
Cónyuge Muerte por cualquier causa	\$ 663.000,00	\$ 884.000,00
Cónyuge y Titular Premio Mensual	\$ 7.948,10	\$ 10.597,47

- **CORDOVIDA TOTAL:** Muerte y Muerte accidental. Trasplantes. Anticipo por enfermedades. Internaciones prolongadas. Asistencia del 50% descuento en Farmacia. Asistencia de Personas.

Cobertura Titular	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Muerte	\$ 7.514.000,00	\$ 9.061.000,00	\$ 12.155.000,00
Muerte accidental	\$ 7.514.000,00	\$ 9.061.000,00	\$ 12.155.000,00
Anticipo enfermedades graves	\$ 375.700,00	\$ 453.050,00	\$ 607.750,00
Internaciones prolongadas(1)	\$ 187.850,00	\$ 226.525,00	\$ 303.875,00
Trasplantes	\$ 751.400,00	\$ 906.100,00	\$ 1.215.500,00
Asistencia 50% desc. Farmacia	SI	SI	SI
Asistencia de Personas	SI	SI	SI
Premio mensual Titular	\$ 8.662,41	\$ 10.347,91	\$ 13.718,89
Cobertura Cónyuge	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Muerte	\$ 3.757.000,00	\$ 4.530.500,00	\$ 6.077.500,00
Muerte accidental	\$ 3.757.000,00	\$ 4.530.500,00	\$ 6.077.500,00
Anticipo enfermedades graves	\$ 187.850,00	\$ 226.525,00	\$ 303.875,00
Internaciones prolongadas(1)	\$ 93.925,00	\$ 113.262,50	\$ 151.937,50
Trasplantes	\$ 375.700,00	\$ 453.050,00	\$ 607.750,00
Asistencia 50% desc. Farmacia	SI	SI	SI
Asistencia de Personas	SI	SI	SI
Premio mensual Titular y Cónyuge	\$ 12.993,62	\$ 15.521,86	\$ 20.578,34

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

- **CORDOVIDA PROTECCIÓN:** Muerte por cualquier causa. Adicional por Muerte accidental. Trasplantes.

Coberturas	Titular	Cónyuge
Muerte por cualquier causa	\$ 7.514.000,00	\$ 3.757.000,00
Adicional por Muerte accidental	\$ 7.514.000,00	\$ 3.757.000,00
Trasplantes	\$ 751.400,00	\$ 375.700,00

Premio Mensual	
Titular	\$ 6.630,00
Titular y Cónyuge	\$ 3.315,00

Datos de Forma de Pago

Débito en Cuenta: Cuenta tipo: Nº:
Débito en Tarjeta de Crédito: Nº:
Cantidad de Cuotas: Premio: Premio:
Nombre pagador:
Tipo de Documento: DNI LE LC CI CUIT CUIL Otro:
Nº de Documento: Fecha de Nacimiento:

Asegurado (Familiar)

Apellido y Nombre: Parentesco:
Tipo de Documento: DNI LE LC CI CUIT CUIL Otro:
Nº de Documento: Fecha de Nacimiento:

Apellido y Nombre: Parentesco:
Tipo de Documento: DNI LE LC CI CUIT CUIL Otro:
Nº de Documento: Fecha de Nacimiento:

Beneficiarios

Opciones: 1.- Herederos Legales.
2.- Otro - Apellido y Nombre: Parentesco:
Tipo de Documento: DNI LE LC CI CUIT CUIL Otro:
Nº de Documento: Fecha de Nacimiento:

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

Beneficio: % (0 a 100).

Términos y Condiciones

El Banco emite el presente instrumento como constancia y copia de Solicitud de seguro gestionada por sucursal / plataforma digital BANCON, con las coberturas y en las condiciones que figuran en el cuerpo del presente y será a todos los efectos certificado de cobertura provisorio, hasta la recepción por el cliente de la póliza correspondiente. El solicitante manifiesta en carácter de declaración jurada conocer y aceptar: Que la recepción de esta propuesta no obliga al asegurado ni al asegurador hasta tanto la misma sea aceptada por este último (Artículo 4º Ley 17.418). Que conoce que 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. (Artículo 5º Ley 17.418). Que la falta de pago del Premio exigible (o de cualquiera de las cuotas pactadas) en el plazo contractualmente establecido, producirá la automática rescisión del contrato de seguro. Que la compañía aseguradora remitirá, al domicilio electrónico, dentro de las 72hs. de aceptada la Solicitud, el certificado individual de incorporación a la póliza. En caso de rechazar la Solicitud, la Compañía Aseguradora/el Banco, informarán al Solicitante dicha situación a su domicilio electrónico. Que, cuando el texto de la póliza que se emita, difiera del contenido de la propuesta, o Solicitud, la diferencia se considerará aprobada por el Cliente o tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. Que podrá revocar la aceptación del seguro dentro del plazo de 10 (diez) días hábiles contados a partir de la fecha de suscripción de la Solicitud o de recepción de la Póliza, lo que suceda último. La solicitud de revocación podrá efectuarla por cualquier medio disponibilizado por el Banco al efecto. Si no se hubiera hecho uso del producto y/o servicio la revocación será sin costo. En el caso que hubiere tenido disponible el seguro, se cobrarán las comisiones y/o cargos pactados, proporcionales al tiempo de utilización. Conocer y aceptar que podrá utilizar cualquier medio o canal disponibilizado por el Banco para rescindir la relación contractual bajo los presentes. El Solicitante autoriza al Banco y/o a la Compañía Aseguradora Contratada para que debiten mensualmente, de manera automática, en las fechas de vencimiento que correspondieren, de su Cuenta y/o Tarjeta de Crédito consignada en el encabezado de ésta Solicitud, el monto suficiente para abonar las primas correspondientes al seguro que por el presente se solicita, para el caso de ser aceptada la misma. En el caso que la cuenta indicada para el débito sea cuenta corriente, autoriza expresamente a que el débito se efectúe aún en descubierto, comprometiéndose a cancelarlo en forma inmediata ante la entidad financiera. La Compañía Aseguradora considerará cumplida la obligación de pago del premio cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos por el sistema de cobranzas que corresponda. El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la póliza. Podrá hacerlo comunicándose telefónicamente al **Centro de Atención Telefónica:** 0810-222- 6272, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hs. **Banco de la Provincia de Córdoba S.A.** CUIT 30-99922856-5, domicilio San Jerónimo 166, Ciudad de Córdoba CP 5000, Provincia de Córdoba. www.bancor.com.ar. Agente Institorio Inscripción en SSN N° 122, Resolución SSN N° 125037 de fecha 04/04/2017. Organismo de Control: **SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN**, www.argentina.gob.ar/ssn . **Bonacorsi Seguro de Personas S.A.** CUIT 30-65100939-5 con domicilio legal en Obispo Trejo 961, Planta Baja (5000) Ciudad de Córdoba, Provincia de Córdoba. **Caruso Cia. de Seguros** CUIT 30-51830942-7, con domicilio legal en Av. Marcelo T. de Alvear 328, (5000) Ciudad de Córdoba, Provincia de Córdoba. **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A.** CUIT 30-50005154-6 con domicilio legal en Tte. Gral. Juan Domingo Perón 646, C1038AAN Cdad. Autónoma de Buenos Aires.

--	--

SOLICITUD DE ALTA SEGURO VIDA

Ejecutivo	Firma – Aclaración y DNI del Titular
-----------	--------------------------------------