

SOLICITUD DE ALTA DE PÓLIZA SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

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 DE PÓLIZA SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

CHUBB SEGUROS ARGENTINA S.A.

Principales Coberturas:

Cobertura	Titular	Cónyuge	Hijo
Muerte Accidental (*)	\$ 5.917.000,00	\$ 5.917.000,00	\$ 1.307.840,00
Invalidez permanente total y parcial	\$ 5.917.000,00	\$ 5.917.000,00	\$ 1.307.840,00
Renta diaria	\$ 11.590,00	\$ 11.590,00	\$ 11.590,00
Muerte Accidental - Transporte Público	\$ 5.917.000,00	\$ 5.917.000,00	\$ 1.307.840,00
Fractura de Huesos	\$ 328.180,00	\$ 328.180,00	\$ 86.376,00
Premio Mensual	\$ 3.299,00	\$ 3.299,00	\$ 1.219,00

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:

SOLICITUD DE ALTA DE PÓLIZA SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

Nº de Documento:

Fecha de Nacimiento:

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 ésta solicitud no implica celebración del contrato de seguro, hasta que el Asegurador la acepte (Artículo 4º Ley 17.418). Que conoce que cualquier mentira u ocultamiento sobre circunstancias declaradas en la propuesta, aún hecha de buena fe, implican Reticencia, teniendo como efecto la nulidad del contrato del seguro que se celebre (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 suspensión de la cobertura, sin mediar interpelación de naturaleza alguna, desde la hora 12 del día del vencimiento impago. La cobertura suspendida sólo se rehabilitará a partir de la hora 12 del día siguiente al del pago efectivo de todas las cuotas vencidas, y sólo tendrá efecto para el futuro, quedando sin cobertura los siniestros ocurridos durante la suspensión. 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. Las descripciones de las coberturas y/o servicios consignados en el presente son breves explicaciones de los mismos. Para consultar sobre sus alcances se deberá remitir a las condiciones de póliza correspondientes. 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. 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. 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. 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,

SOLICITUD DE ALTA DE PÓLIZA SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

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. **CHUBB SEGUROS ARGENTINA S.A** CUIT: 30-50001626-0 con domicilio legal en Av. Leandro N. Alem 855 Piso 19. C1001AAD Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ejecutivo	Firma – Aclaración y DNI del Titular