

**SOLICITUD DE ALTA- SEGURO COLECTIVO DE VIDA
 COMPAÑÍA ASEGURADORA ...¹**

FECHA DE SOLICITUD:

Nº DE POLIZA:

Nº DE SOLICITUD:

VIGENCIA: Anual Renovable

DATOS SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

BARRIO:

TELEFONO

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

COD. POSTAL:

Correo electrónico (Domicilio electrónico):

FORMA DE PAGO:

Débito en Caja de Ahorros: Nº

Débito en Tarjeta de Crédito:

COMPAÑÍAS - COBERTURAS - PRECIOS²

COMPAÑÍA	PLANES	COBERTURAS	COSTO MENSUAL	
CHUBB	ACCIDENTES PERSONALES	Muerte accidental y/o en transporte publico	\$320	Valor por hijo \$60
		Renta diaria		
		Fractura de huesos		
		Invalides permanente total y parcial		
	CORDOVIDA	Muerte por cualquier causa	\$277.21	Titular y cónyuge \$415.81
		Adicional muerte por accidente		
		Adelanto por enfermedad grave		
		Muerte por cualquier causa	SUMA ASEGURADA	
		OP. 1	OP. 2	

¹ El presente es un MODELO DE SOLICITUD. En la copia que se emite o envía al cliente, figura la Compañía Aseguradora contratada, cobertura, premio y condiciones particulares aplicables al producto puntualmente contratado.

² El presente modelo informa todas las compañías y coberturas que el Banco comercializa. La copia que en cada caso se emite como Certificado de Cobertura al Cliente, contempla la cobertura contratada.

**SOLICITUD DE ALTA- SEGURO COLECTIVO DE VIDA COMPAÑÍA
ASEGURADORA ...¹**

ORIGENES	CORDOVIDA TRANQUILIDAD	Edad max. Ingreso: 84 años		\$60.750	\$81.000		
		Edad max. De permanencia: 85 años		SUMA ASEG. CONYUGE			
				\$30.375	\$40.500		
		Periodo de Carencia: 12 meses para enfermedades preexistentes.		PREMIO MENSUAL TIT.			
			\$243	\$324			
			ADICIONAL CONYUGE				
			\$364.5	\$486			
	CORDOVIDA INTEGRAL		SA 1	SA 2		OP 1	OP 2
		Muerte	\$337.500	\$405.000	Edad max. ingreso	55 años	55 años
		Incapacidad total y permanente	\$337.500	\$405.000	Periodo de carencia	60 días	90 días
Indemn. por accidente		H. \$337.500	H. \$405.000	Premio Mensual titular	\$405	\$472.5	
Anticipo enfermedades graves		\$50.000	\$50.000	Premio mensual tit.+ cónyuge	\$607.5	\$708.75	
Trasplantes		H. \$100.000	H. \$100.000				
Hijo póstumo		\$50.000	\$50.000				
Cónyuge		50% SA	150% SA				
Sepelio	\$7.000	\$7.000					
MUJER	Respaldo económico ante la primera detección de enfermedades oncológicas Seguro de salud. Cáncer de ovarios, útero y mamas Periodo de carencia: 60 días			SUMA ASEGURADA			
					\$114.075	\$228.150	\$342.225
				S/EDAD		COSTO MENSUAL	
				18-39		\$77.57	\$116.36
				40-44		\$114.08	\$171.11
				45-49	\$79,85	\$159,71	\$239,56
50-54	\$127,76	\$255,53	\$383,29				

**SOLICITUD DE ALTA- SEGURO COLECTIVO DE VIDA COMPAÑÍA
ASEGURADORA ...¹**

				55-59	\$ 173,39	\$ 346,79	\$ 520,18	
				60-64	\$ 216,74	\$ 433,49	\$ 650,23	
CARUSO	AMPARO MAYORES	muerte por cualquier causa		SUMA ASEGURADA \$92.300		PREMIO MENSUAL \$704.45		
		Posibilidad de optar por dinero o cobertura de sepelio						
		Sin límite de permanencia, incluso se permite el ingreso a los más jóvenes.						
	TU AMPARO	Vida		PLAN	SUMA ASEG.	COSTO MENSUAL		
		Plan sin carencia, aceptación hasta 80 años.						
		Doble indemnización muerte accidental (solo titular)		Titular	\$92.300	\$328.06		
		Enfermedades graves hasta 64 años (solo titular, 50% SA)		Titular y cónyuge	\$92.300	\$604.87		
		Trasplante (grupo fliar. Según clausula)		Grupo fliar (titular, cónyuge e hijo)	\$92.300	\$306.06		
	BONACORS I	SEPELIO		S.A. PLAN INDIV	S.A. PLAN FAMILIAR	COSTO MENSUAL		
						plan familiar		
Sepelio			\$54.984	\$54.984	Titular : \$369	Grupo Fliar: \$716		
Parcela, nicho o cremación			\$14.060	\$14.060	Plan individual			
					0 - 50 años	\$369		
fallecimiento			\$31.000	\$37.200	51 - 60 años	\$460		
Periodo de carencia				61 - 65 años	\$520			
0-75 años: 30 días			76-80 años: 540 días	66 - 70 años	\$556			
				71 - 75 años	\$746			
				76 - 80 años	\$953			

BENEFICIARIO

Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho

SOLICITUD DE ALTA- SEGURO COLECTIVO DE VIDA COMPAÑÍA ASEGURADORA ...¹

a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO	%	ORDEN

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 4* 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 5* 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.

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 de los presentes 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 no generará responsabilidad y será sin costo. En el caso que se lo hubiera utilizado se cobrarán las comisiones y/o cargos previstos, proporcionales al tiempo de utilización.

SOLICITUD DE ALTA- SEGURO COLECTIVO DE VIDA COMPAÑÍA ASEGURADORA ...¹

Conocer y aceptar que podrá utilizar cualquier medio o canal disponibilizado por el Banco para rescindir la relación contractual bajo los presentes.

El Banco emite el presente instrumento como constancia y copia de Solicitud de seguro colectivo de vida, con las coberturas y en las condiciones que figuran en el cuerpo de esta Solicitud y será a todos los efectos **Certificado de Cobertura** provisorio, hasta la recepción por el Solicitante del certificado individual/ póliza correspondiente.

El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la póliza. Podrá hacerlo comunicándose telefónicamente al centro de atención a clientes Bancor, 0810-222-6272, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hs.

Conocer y aceptar que la Superintendencia de Seguros de la Nación, sita en Av. Julio A. Roca 721 (CP 1067) CABA, cuenta con el servicio de atención al asegurado y que podrá comunicarse a los teléfonos 4338-4000 o 0-800-666-8400, o a través de su página web www.ssn.gob.ar

<p>El Banco de la Provincia de Córdoba S.A. CUIT: 30-99922856-5, con domicilio legal en San Jerónimo 166, de la ciudad de Córdoba, Actúa en carácter de Agente Institorio de: CHUBB, CUIT 30-50001626-0, con domicilio legal en Av. Leandro N. Alem Nº 855, Piso 19, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Orígenes Seguros S.A., CUIT 30-50005574-6, con domicilio legal en Av. Corrientes Nº 1174, 5º Piso – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Caruso Cia. de Seguros. CUIT 30-51830942-7, con domicilio legal en Av. Marcelo t. De Alvear 328 – Córdoba cp 5000. Bonacorsi CUIT 30-66322438-3, con domicilio legal en Nores Martinez 2649 – Córdoba cp 5016.</p>
--

A todos los efectos emergentes de la presente, el Solicitante constituye domicilio postal y domicilio electrónico en los correspondientes a la cuenta a la vista en pesos o Tarjeta vinculada a la operatoria. En dichos domicilios resultarán válidas todas las comunicaciones que el Banco le efectúe bajo los presentes. El Banco constituye domicilio en el de la Sucursal correspondiente a la radicación de la cuenta o tarjeta vinculada a la operatoria bajo los presentes términos y condiciones.

Juntamente con el Banco se somete a la jurisdicción de los tribunales ordinarios correspondientes al lugar de radicación de la cuenta a la vista vinculada a la operatoria.-