

SOLICITUD MULTIPRODUCTO

SOLICITUD DE SEGURO

Solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros (CUIT N° 30-68082752-0) la emisión de la Póliza de Seguro de Salud, Seguro de Sepelio y Seguro de Vida, con el objeto de asegurar de acuerdo con las condiciones de la misma, a todas las personas humanas detalladas posteriormente, que cumplan los requisitos de edad y asegurabilidad exigidos por la Compañía. Ley N° 17.418 – Artículo 5º (primera parte) – “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”. Reconozco y acepto que la presente Solicitud presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección necesarios para el otorgamiento de la cobertura. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador ni al asegurado, según el Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.” Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega escribir los nombres y apellidos completos y con la mayor claridad posible, preferentemente en letra de imprenta, así como especificar en forma precisa la profesión u ocupación del Solicitante, y responder a todas las preguntas contenidas en la presente solicitud.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ D.N.I: _____

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: M / F Ingresos mensuales: _____

Profesión / Empleador: _____ Teléfono celular (____) _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Cod. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

MEDIO DE PAGO - A cumplimentar por el pagador

Autorizo a Beneficio S.A Compañía de Seguros a solicitar el débito automático del premio del seguro contratado en esta solicitud, aceptando que sean incluidas y/o debitadas de forma directa y automática. Ante la imposibilidad de concretar el débito en mi cuenta bancaria o en el resumen de la tarjeta de crédito por decisión de la entidad emisora relacionada con la vigencia validez y/o límites de crédito, me comprometo al pago de los premios por algún otro medio de pago autorizado.

Mi relación con el asegurado es (marcar): Asegurado / Madre / Padre / Hijo / Guardián / Otro . Especificar: _____

Tarjeta de crédito: AMEX / VISA / MÁSTER / Otras: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ D.N.I del titular: _____

Número de tarjeta: _____ Vencimiento: ____/____ Cód. Seguridad: _____

Adhesión a débito: Caja de ahorro / Cuenta corriente / Otras: _____

Nombre del titular de la cuenta: _____ D.N.I del titular: _____

Banco: _____ N° de cuenta: _____

C.B.U: _____ Convenio N°: _____

De acuerdo con el Art 1 de la resolución ME N° 429/00, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación. 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 Nación 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 con controlador fiscal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

En los términos del artículo 6 de la ley N° 25.326 informamos que los presentes datos son recolectados función de la propuesta de seguros que por éste se formaliza. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley N° 25.326. El titular de dichos datos podrá, en cualquier momento, solicitar el retiro o bloqueo su nombre de los bancos de datos La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Por el presente manifiesto que en mi carácter de tomador/asegurado presto conformidad a los efectos de que me envíen por medios electrónicos, conforme lo establecido en el inciso a) del punto 25.2.3 del RGAA, la póliza y/o certificados de cobertura a la dirección de correo electrónico o teléfono celular detallada en mis datos personales arriba informados.

Por la presente manifiesto que en mi carácter de tomador/asegurado que he sido notificado que de acuerdo a lo dispuesto en el punto 25.3.5 i) del RGAA, la póliza y/o certificado de cobertura pueden ser descargadas desde la página web de BENEFICIO www.beneficioweb.com.ar accediendo a la misma con DNI y número de póliza.

Declaro, en mi nombre: Tomo conocimiento que, en función de la Ley 25.246, de resoluciones de la Unidad de Información Financiera, Modificatorias y Complementarias y demás Resoluciones que resulten aplicables, y en virtud de que “Beneficio S.A. Compañía de Seguros” es sujeto obligado, se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de dichas disposiciones, al momento de producirse cualquier pago en virtud de la póliza o cambio de beneficiarios y al producirse la anulación de la cobertura o la ocurrencia de un siniestro. En consecuencia, me comprometo expresamente a colaborar con el suministro de la información que me sea requerida en el marco de tal normativa, a la entrega de la documentación correspondiente y de los informes que la respaldan, así como a la provisión de todos aquellos datos que resulten necesarios a efectos de que “Beneficio S.A. Compañía de Seguros” pueda dar acabado cumplimiento a las obligaciones previstas en las normativas citadas. Asimismo, y de acuerdo a lo establecido por la Resolución Nro. 38.477 de la SSN, sobre políticas procedimientos y controles internos para combatir el fraude, comunicamos a nuestros asegurados, productores asesores de seguros y auxiliares de la actividad, que nuestra compañía Beneficio S.A. Compañía de Seguros se adhiere a las medidas a tener en cuenta para prevenir y detectar el fraude, dando así cumplimiento a la normativa vigente.

DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. Art. 34º, inciso c). RES. UIF 28/2018.

[1] Solo para el caso de que el tomador/asegurado sea otro Sujeto Obligado. El Tomador / Asegurado es Sujeto Obligado?: Sí / No

En caso afirmativo: Declaro bajo Juramento, que como Sujeto Obligado de acuerdo con lo estipulado por el Art. 20 de la Ley 25.246, cumplo con todas las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

Adjuntar copia de la correspondiente inscripción en UIF como Sujeto Obligado. Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Tomador como constancia.

| Asegurado | Apellido y Nombre | D.N.I | Sepelio | | Vida Ultra | | Salud A | Salud B | Salud C |
|-----------|-------------------|-------|---------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | Fecha de Nacimiento | Premio Mensual cumplimentar x edad | Capital Asegurado | Premio Mensual cumplimentar x edad | Premio Mensual | Premio Mensual | Premio Mensual |
| Titular | | | / / | \$ | \$ | \$ | \$ 8.000,00 | \$ 13.333,22 | \$ 26.666,00 |
| Cónyuge | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 6.286,00 | \$ 10.476,00 | \$ 20.952,00 |
| Hijo 1 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |
| Hijo 2 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |
| Hijo 3 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |
| Hijo 4 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |
| Hijo 5 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |
| Hijo 6 | | | / / | | No cotiza | No cotiza | \$ 4.939,00 | \$ 8.231,24 | \$ 16.462,00 |

| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS | | | | |
|------------------------------|-------|---|---------------------|------------|
| Apellido y Nombre | D.N.I | % | Fecha de Nacimiento | Parentesco |
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |

| | SEPELIO | VIDA ULTRA | SALUD + FRACTURAS |
|----------------------------|---|---|--|
| Asegurables | Titular y Grupo Familiar | Titular | Titular y Grupo Familiar |
| Coberturas | Sepelio Prestacional equivalente a 5,5 SMVM Cubre Fallecimiento | Muerte/ Muerte Accidental / 50% Enfermedades Graves (ACV, Cáncer, Infarto de Miocardio, Insuficiencia Renal) / Enfermedades Terminales | 600 intervenciones Quirúrgicas. Infarto. Trasplantes. Prótesis. Fracturas |
| Edad Máxima de Ingreso | Titular y Cónyuge: 69 Hijos: 0 a 21 | Edad máxima de ingreso: hasta 80 años para capitales de hasta \$5.000.000 y 65 años para capitales superiores | Edad máxima titular y cónyuge: 64 años Edad máxima hijos: 20 años |
| Edad Máxima de Permanencia | Titular y Cónyuge: 99 Hijos 25 | Fallecimiento: 99 / Cláusulas Adicionales Hasta 65 / Reducción de capital al 50% a los 66 años | Plan A / B y C Titilar y Conyuge: 65 años Plan A / B y C: Hijos: 21 años |
| Enfermedades Preexistentes | No aplica | No cubre por 12 meses hasta \$ 5.000.000. Capital mayores DJS | No cubre por 12 meses |
| Carencias | 30 días | No aplica | Prótesis e Intervenciones y Enfermedades Graves 90 días. Trasplante 120 días. Cesaría y parto 300 días |

| DECLARACIÓN JURADA DE SALUD | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|--|----|----|---|----|----|
| ¿Tiene trastornos en la visión? | | | ¿Padece trastornos cardíacos, vasculares, broncopulmonares? | | |
| ¿Se encuentra actualmente sin trabajo? | | | ¿Padece enfermedades óseas, articulares reumáticas? | | |
| ¿Fue usted exceptuado del servicio militar? | | | ¿Padece enfermedades digestivas, renales o sanguíneas? | | |
| ¿Está actualmente embarazada? | | | ¿Fue diagnosticado con Hepatitis vírósica (excluyendo la Hepatitis A)? | | |
| ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico? | | | ¿Fue diagnosticado con Hipertensión arterial? | | |
| Durante los dos últimos años, ¿consultó o debió ser hospitalizado por más de 10 días? | | | ¿Padece alguna enfermedad crónica? | | |
| ¿Fue usted sometido a una intervención quirúrgica de gravedad? | | | ¿Padece alguna incapacidad? | | |
| ¿Fue usted sometido a un tratamiento de radioterapia? | | | ¿Tiene conocimiento de padecer cáncer u otra enfermedad invasiva? | | |
| ¿Fue usted sometido a un tratamiento de quimioterapia? | | | ¿Padece trastornos metabólicos (diabetes / colesterol / triglicérido)? | | |
| ¿Ha recibido una transfusión sanguínea por algún motivo? | | | ¿Padece sífilis o alguna enfermedad infectocontagiosa? | | |
| ¿Padece o padeció en los últimos dos años Enfermedades del sistema nervioso/depresión? | | | ¿Ha sido diagnosticado con Insuficiencia renal, ACV o alguna enfermedad terminal? | | |
| ¿Tiene conocimiento de ser HIV positivo? | | | | | |

EDAD

ESTATURA

PESO

PRESIÓN ARTERIAL

En caso de haber respondido SÍ a alguna de las preguntas, por favor describa las dolencias, médicos tratantes, fecha de ausencias o enfermedades/intervenciones:

Declaro haber leído y comprendido cada una de las preguntas formuladas y respondido en forma completa y sincera. Certifico no haber ocultado nada que pueda influir a Beneficio S.A. Compañía de Seguros, en la correcta Apreciación del riesgo y relevo del secreto profesional a los médicos que me han asistido.

Firma y Aclaración Asegurado

Firma Aclaración y Código Productor