

Por la presente solicito que se emita a mi nombre en BBVA Consolidar Seguros S.A. un Seguro de Vida Individuos en todo de acuerdo con las condiciones que se detallan a continuación y de las que surgen de la póliza que declaro conocer y aceptar.

Fecha

Nº Operación

Nº Contrato

Datos del Solicitante

Tipo de Identificación CUIT CUIL CDI

Apellido y Nombres

Tipo de Documento DNI LC LE PAS

Sexo FEM. MASC. Fecha de Nacimiento

Estado Civil casado divorciado soltero viudo

Situación IVA RESP. INSCRIPTO NO RESP. EXENTO RESPON. MONOTRI BUTO CONS. FINAL

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

eMail

Ocupación/Actividad Remuneración

Datos del Cónyuge

Apellido y Nombres

Tipo de Documento DNI LC LE PAS

Sexo FEM. MASC. Fecha de Nacimiento

Domicilio legal/ correspondencia

País

Calle n° Piso Dto. / Oficina

Provincia Partido Localidad

Barrio C.P.A. Extensión Domicilio (Circ./Secc./ Manz. / Lote)

Teléf./Fax (DDN, Nº) Teléf. alternativo

Correspondencia. Completar en caso que el domicilio postal difiera del legal

| Elección de Coberturas | Plan Vida | | | | | Plan Vida Oro | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | <input type="radio"/> Plan 1 | <input type="radio"/> Plan 2 | <input type="radio"/> Plan 3 | <input type="radio"/> Plan 4 | <input type="radio"/> Plan 5 | <input type="radio"/> Plan 6 | <input type="radio"/> Plan 7 | <input type="radio"/> Plan 8 | <input type="radio"/> Plan 9 | <input type="radio"/> Plan 10 |
| Muerte | 100.000 | 125.000 | 150.000 | 175.000 | 200.000 | 250.000 | 300.000 | 350.000 | 400.000 | 500.000 |
| Incapacidad total y permanente | 100.000 | 125.000 | 150.000 | 175.000 | 200.000 | 250.000 | 300.000 | 350.000 | 400.000 | 500.000 |
| Muerte simultánea | 50.000 | 62.500 | 75.000 | 87.500 | 100.000 | 125.000 | 150.000 | 175.000 | 200.000 | 250.000 |
| Hijo póstumo | 25.000 | 31.250 | 37.500 | 43.750 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| Indem. accidentes cláusula (D) | 100.000 | 125.000 | | 175.000 | | 250.000 | 300.000 | 350.000 | 400.000 | 500.000 |
| Gastos de Sepelio | 6.000 | 6.000 | | 8.000 | | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| Indem. enfermedad terminal | - | - | | - | | 100.000 | 100.000 | 100.000 | 100.000 | 100.000 |
| Trasplante Médula Osea | - | - | | - | | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| Corazón | - | - | | - | | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| Corazón - Pulmón | - | - | | - | | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 | 50.000 |
| Hepático | - | - | | - | | 25.000 | 25.000 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |
| Riñón | - | - | | - | | 25.000 | 25.000 | 25.000 | 25.000 | 25.000 |

(*) El premio no incluye sellados

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Premio Total Mensual* | Premio Total Anual* |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Designación de beneficiarios (La suma del % del Beneficio en cada caso debe ser igual a 100%)

| Asegurado | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|-------|------------|------------------|-------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE | TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO | SEXO | PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO | % BENEFICIO | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | [] | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | [] | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | [] | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | [] | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | [] | |

En caso de determinar más de un beneficiario, se deberá determinar el porcentaje de beneficio a cada uno, caso contrario, se entenderá que el beneficio es por partes iguales (Art. 145 de la Ley de Seguros).
Tomo conocimiento que en caso de no completar la presente designación, se tomará como beneficiarios de este seguro a los herederos legales, conforme a las cuotas hereditarias (Art. 145 de la Ley de Seguros).

Declaración Jurada de Salud Ver tabla de requisitos

Peso [] Kg. Estatura [] cm.

- ¿Tiene usted conocimiento acerca de si sufre (o ha sufrido en los últimos dos años) alguna enfermedad con duración mayor a 45 días o padece algún defecto físico? Sí No
- ¿Ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica en los últimos 10 años? Sí No
- ¿Padece usted dificultad o imposibilidad para realizar actividades cotidianas? Sí No
- ¿Sufre usted actualmente una enfermedad y/o se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico? Sí No
- ¿Practica algún deporte de riesgo? Sí No
- ¿Tiene médico de cabecera? Sí No

En caso de dar alguna respuesta afirmativa, indicar:

- Diagnóstico, tratamiento, secuelas y precisar fechas

- Causas, consecuencias, tratamientos, secuelas y precisar fechas

- ¿Cuál?

- Diagnóstico y tratamiento

- ¿Cuál y con qué frecuencia?

- Indicar médico de cabecera, o de no disponer, último tratante y el motivo

Adjunta declaración jurada de salud sin examen médico Sí No Requiere examen médico complementario Sí No

Características de las coberturas

Edades de Contratación y Permanencia Personas Asegurables
Edad Mínima de Contratación: 18 años

Edad Máxima de Contratación: hasta el cumpleaños 60.
Edad Máxima de Permanencia Fallecimiento: hasta el cumpleaños 70.
Edad Máxima de Permanencia Adicionales: hasta el cumpleaños 65.

Datos de la Operación

| CANAL DE VENTA | LEGAJO / MATRÍCULA | NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. COMERCIAL |
|----------------|--------------------|---------------------------------------|
| _____ | [] | _____ |
| _____ | [] | _____ |
| _____ | [] | _____ |

Datos de la Facturación

| | | | | |
|----------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| <u>Medio de pago</u> | <input type="radio"/> TARJETA DE CRÉDITO | <input type="radio"/> CUPÓN DE PAGO | <u>Frecuencia de pago</u> | <input type="radio"/> MENSUAL |
| | <input type="radio"/> DÉBITO EN CUENTA BANCARIA | | | <input type="radio"/> ANUAL |

La Compañía se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 202/2015 emitida por la Unidad de Información Financiera (U.I.F), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma.

MEDIOS HABILITADOS DE COBRANZA. Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, 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°21.626

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 solicitado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, 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. Todo pago realizado no es cancelatorio de la obligación hasta tanto no se formalice el ingreso de los fondos en algunos de los sistemas indicados.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C1067ABC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Adhesión al débito por tarjeta de crédito

| | | |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <u>CUIT n°</u> | <u>Apellido y Nombres</u> | <u>Parentesco</u> |
| <u>Tarjeta</u> | <u>TARJETA N°</u> | <u>Fecha vencimiento</u> |
| <u>Banco Emisor</u> | <u>Valor total débito 1º cuota</u> | |

Adhesión al débito bancario

| | | |
|---|---------------------------|------------------------------------|
| <u>CUIT n°</u> | <u>Apellido y Nombres</u> | <u>Parentesco</u> |
| <u>Cód. Banco</u> | <u>Banco</u> | <u>Cód Sucursal</u> |
| <u>Cuenta Tipo</u> <input type="radio"/> CTA. CORRIENTE <input type="radio"/> CAJA DE AHORROS | <u>n°</u> | <u>Valor total débito 1º cuota</u> |
| <u>CBU n°</u> | | |

Por la presente autorizo a la Aseguradora a debitar a través del sistema de débito directo, los importes que surjan del costo del seguro que solicito a través del presente. Se establece como fecha de pago (independientemente del día de pago) la efectiva acreditación de los fondos en la cuenta de la Aseguradora. La presente autorización no implica compromiso alguno por parte del Banco o de la entidad titular, ya que este servicio es sólo un medio de pago. Para el caso de que por cualquier causa me fuera invalidado o suspendido el medio de pago indicado, convengo expresamente que la Entidad Titular y la Entidad Emisora de mi tarjeta o el Banco, en caso de cuenta corriente o caja de ahorro, se encuentran expresamente exentas de toda responsabilidad civil o penal derivado del contrato suscripto con la Aseguradora.

En caso de no continuar adherido al debito automático me comprometo a comunicar tal decisión por escrito a la Aseguradora. Asimismo convengo que la falta de pago de una cuota producirá la suspensión automática de la cobertura, sin que ello genere responsabilidad alguna para la entidad emisora, el banco o la compañía de seguros.

| |
|-------|
| firma |
|-------|

Declaración y Firma del Solicitante

| | | | |
|---|-------------------|--------------|----------------------------------|
| <p>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. (Art. 5 de la Ley de Seguros).</p> | <u>Aclaración</u> | <u>firma</u> | RESPONSABLE COMERCIAL CONSOLIDAR |
| | | | <u>firma y sello</u> |
| | <u>Lugar</u> | <u>Fecha</u> | |