

Solicitud de Adhesión

Por el presente solicito mi incorporación a la póliza de Seguro Colectivo de Vida, emitida por Supervielle Seguros S.A., cuyo Tomador es Banco Supervielle S.A. acepto expresamente las Condiciones Generales, Particulares y Específicas de la Póliza N° 2301-00100.015 y en un todo de acuerdo con las Condiciones y Características de la cobertura listada a continuación.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Artículo 5 de la Ley N° 17.418: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado – aún hechas de buena fe – que a juicio de peritos hubiese impedido o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:	_____	Correo Electrónico:	_____
Documento:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____
Lugar de nacimiento:	_____	Sexo:	F - M
Ocupación:	_____	CUIT/CUIL/CDI	_____
País:	_____	Nacionalidad:	_____
Domicilio:	_____	Estado Civil:	_____
Localidad:	_____	Número:	_____
Medio de Pago:	_____	C.P.:	_____
Débito en Cuenta:	<input type="checkbox"/>	Provincia:	_____
Tarjeta de Crédito:	<input type="checkbox"/>	Cel.:	_____
Número de Cuenta:	_____	Fecha Expiración:	_____
Número de Tarjeta:	_____		

PERSONAS ASEGURABLES: El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio; y a los hijos, parientes de hasta el tercer grado de consanguinidad y/o afinidad y/o personas a cargo de ambos, todos ellos mayores de 14 años de edad.

PLAN

PLAN BÁSICO A
<input type="checkbox"/>
\$
(Titular y Adicional)

El costo del Plan se determinará en función a la edad del Asegurado y la de los Adicionales.

RIESGOS CUBIERTOS

MUERTE: Si se produjera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía abonará por única vez, la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado o en su defecto a los herederos legales.

INCLUSIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Si se produjera el fallecimiento de un integrante del Grupo Familiar del Asegurado, la Compañía abonará por única vez, la suma asegurada a los beneficiarios designados.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Cláusula de enfermedades preexistentes. La compañía no abonará Suma Asegurada alguna cuando el fallecimiento del Asegurado se produzca como consecuencia de enfermedades preexistentes durante los primeros doce (12) meses de vigencia del certificado individual.

Enfermedad Preexistente: cualquier enfermedad o condición que el Asegurado padeciera, diagnosticada con anterioridad a su incorporación o reincorporación al seguro, y que fuera causa directa del fallecimiento.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Titular: desde los 18 años hasta los 80 de edad inclusive. Edad máxima de permanencia: Sin límite.

Adicionales: desde los 14 años hasta los 80 de edad inclusive. Edad máxima de permanencia: Sin límite.

BENEFICIARIOS*

Documento	Nombre y Apellido	% Part.	Orden
-			
-			
-			
-			

* En caso de designar 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. 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 (Artículo 145 de la Ley de Seguros).

SEÑOR ASEGURADO: 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 del cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

INCLUSIÓN GRUPO FAMILIAR

Documento	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo: F/ M	Parentesco
-				
-				
-				
-				

EXCLUSIONES DE COBERTURA

Cobertura de Muerte - RIESGOS NO CUBIERTOS

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones respecto a viajes y residencia del Asegurado, salvo las excepciones especificadas a continuación, en cuyo caso si la muerte se produce como consecuencia de una de las causas enunciadas, la Compañía queda liberada de abonar la indemnización.

a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas; b) Intervención en las pruebas de prototipos de aviones, automóviles o vehículos de propulsión mecánica; c) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares; d) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas; e) Guerra declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina, siempre que la muerte fuera causada por un hecho de guerra; f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear; g) Acontecimientos catastróficos: terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes; h) Suicidio voluntario, salvo que la cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contado desde el inicio de vigencia del certificado individual o desde su última rehabilitación; i) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante, y por el importe que le pudiera corresponder como beneficiario del seguro; j) Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte; k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, l) Abuso del alcohol; m) Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, estimulante; n) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; o) Accidente provocado por dolo o culpa grave del Asegurado; p) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; q) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes; r) Práctica de deportes particularmente peligrosos: acrobacia, aladeltismo, andinismo o escalamiento de montañas, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de animales no domesticados y de fieras, paracaidismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica; salvo pacto en contrario; s) Dedicación profesional al acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de animales, doma de fieras, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, prestamista, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas; salvo pacto en contrario; t) Cuando el asegurado sea integrante de una fuerza de seguridad pública o privada, y el evento se produzca como consecuencia del desarrollo de su actividad; u) Por el uso de motos, motocicletas o motonetas, como conductor o acompañante.

En caso de guerra que comprenda a la Nación Argentina, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como del asegurado, se regirán por las normas que para tal emergencia dicte la autoridad competente argentina.

Declaración Jurada sobre Persona Políticamente Expuesta (PEP)

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI NO me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que declaro conocer y aceptar de conformidad.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____.

Declaración Jurada sobre Sujeto Obligado

Manifiesto con carácter de declaración jurada que me encuentro no me encuentro alcanzado como Sujeto Obligado conforme el artículo 20 de la Ley 25.246 y modificatorias. En caso afirmativo adjuntar constancia de inscripción ante la Unidad de Información Financiera.

En caso de ser Sujeto Obligado declaro bajo juramento que Si No cumplo con las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de activos y Financiación del Terrorismo.

Declaración Jurada de Origen y Licitud de Fondos

En cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 25.246, Resolución de la Unidad de Información Financiera N° 28/2018, y normas complementarias y concordantes (en adelante la "Normativa") por la presente declaro bajo juramento que los fondos utilizados para las operaciones que se realizan con Supervielle Seguros S.A., provienen de actividades lícitas y tienen su origen en el desarrollo de las actividades económicas indicadas seguidamente: _____.

El Cliente se compromete a aportar a pedido de Supervielle Seguros toda la información/documentación tendiente a acreditar su identidad, personería, domicilio y cualquier otro dato necesario a criterio de Supervielle Seguros para dar cumplimiento a la normativa vigente.

Supervielle Seguros podrá disponer el cese de todos o algunos de los productos/servicios contratados por el Cliente cuando (i) en virtud de la documentación/información aportada no se pudiera dar cumplimiento a la identificación y conocimiento del Cliente, (ii) Supervielle Seguros hubiese determinado que el hecho u operación motivo de análisis mereciera la calificación de "sospechoso/a", en los términos de la normativa aplicable, y/o (iii) las operaciones del Cliente no guarden razonable relación con su actividad u ocupación declarada en la Solicitud. Toda la información aportada por el Cliente tiene carácter de declaración jurada.

Asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Asimismo, autorizo expresamente a Supervielle Seguros S.A. a compartir la información y documentación contenida en mi legajo relativa a mi identificación y el origen y licitud de los fondos con las restantes empresas de Grupo Supervielle S.A. con arreglo a lo normado en el inc. 1 del art. 5 de la ley 25.326, a los fines de dar acabado cumplimiento con lo normado en la RES UIF 28/2018.

Tomo conocimiento que parte de los datos consignados en la presente solicitud me son requeridos en el cumplimiento de la Ley N° 25.246, Resoluciones de la Unidad de Información Financiera, normativas modificatorias y complementarias y demás resoluciones que resulten aplicables. Asimismo, declaro conocer que, en función de dicha normativa, "Supervielle Seguros S.A" se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de sus disposiciones, al momento de producirse cualquier pago en virtud de la póliza; al verificarse una cesión de derechos o cambio de beneficiarios y al producirse la anulación de la cobertura. 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 la provisión de todos aquellos datos que resulten necesarios a efectos que "Supervielle Seguros S.A" pueda dar acabado cumplimiento a las obligaciones prevista en la normativa citada.

Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentran a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera; puede también en el sitio www.uif.gov.ar.

Acepto la adhesión a Póliza Digital y tomo conocimiento que en cualquier momento podré solicitar un ejemplar original de la documentación.

Autorizo que el pago del premio se debite de mi cuenta o tarjeta de crédito antes consignada y acepto que el mismo quede sujeto conforme a los términos y condiciones establecidos en la Cláusula de Cobranza del Premio de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Agente Institorio

Banco Supervielle S.A. Cuit: 33-50000517-9

Firma del Cliente

Aclaración de la firma

Lugar y Fecha

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 artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.- La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Esta solicitud está sujeta a la aprobación de SUPERVIELLE SEGUROS S.A. y no establece vínculo contractual alguno hasta su aceptación por la compañía en cuyo caso la Compañía emitirá el respectivo Certificado de Incorporación.