

Solicitud de Adhesión

Por el presente solicito mi incorporación a la póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales de Muerte por Accidente y Renta Diaria por Hospitalización; emitida por Supervielle Seguros S.A., cuyo Tomador es Banco Supervielle S.A. CUIT 33-50000517-9, acepto expresamente las Condiciones Generales, Particulares y Específicas de la Póliza N° 2102-000002 y en un todo de acuerdo con las Condiciones y Características de las coberturas listadas 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 _____
Domicilio: _____	Nacionalidad: _____
Localidad: _____	Estado Civil: _____
Medio de Pago: Débito en Cuenta: <input type="checkbox"/>	Número de Cuenta: _____
Tarjeta de Crédito: <input type="checkbox"/>	Número de Tarjeta: _____
	Fecha Expiración: _____

PERSONAS ASEGURABLES: Clientes del Tomador (Identité)

PLAN: Indicar con una X el plan a contratar

Plan Identité
<input type="checkbox"/>

* El costo incluye IVA y no incluye Sellado Provincial, que en caso de corresponder se adicionará al mismo.

RIESGOS CUBIERTOS

MUERTE POR ACCIDENTE: Si como consecuencia de un accidente se produjera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía abonará por única vez, la suma asegurada correspondiente según el plan seleccionado, a los beneficiarios designados por el Asegurado o en su defecto a los herederos legales.

Cobertura	Plan Identité
Muerte por Accidente	<input type="checkbox"/>

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN: Si un accidente cubierto causara la hospitalización del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada por un plazo máximo de 180 días. Período de Espera: 3 días (no retroactivo). Transcurre desde la fecha en que se produce la hospitalización hasta la fecha en la cual el Asegurado comienza a percibir el beneficio mencionado.

Cobertura	Plan Identité
Renta Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/>

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Desde los 18 años hasta los 64 de edad inclusive. La edad máxima de permanencia será hasta que el Asegurado cumpla los 85 años.

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.

EXCLUSIONES DE COBERTURA

Quedan excluidos de este seguro:

a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos. b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos X y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas. c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado. d) Los accidentes causados por vértigos, vahidos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides. e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas. f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular. g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5 de las condiciones generales de la póliza, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo. h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional. i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock out, cuando el Asegurado participe como elemento activo. j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

PERSONAS NO ASEGURABLES

El seguro no ampara a los que no cumplan las edades límite establecidas en las Condiciones Particulares o a aquellos que no cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la aseguradora.

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.