

Por la presente solicito que se emita a mi nombre en **Asegurador y/o BBVA Seguros** un **Seguro De Ap Domestico**, 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.

Sucursal:

Cuenta Altamira:

Fecha:



### Datos Solicitante

Apellido y Nombre:  
Tipo y Número de Documento:  
Ocupacion / Actividad:

Fecha de nacimiento:  
Nacionalidad:  
Sexo:



### Datos del Domicilio

Domicilio:  
Localidad:  
Provincia:

País:  
Código postal:  
Teléfono:



### Datos del asegurado

Apellido y Nombre:  
Ocupación/Actividad:

Tipo y Número de Documento:  
Fecha de nacimiento:



### Coberturas

Detalle

Suma Asegurada en \$

Premio Mensual

\$

Cláusula adicional: Incremento automático trimestral de capitales asegurados.



### Datos de Beneficiarios

Apellido y Nombre:

Tipo y número de documento:



### Adhesión a E-resumen

Dirección de e-mail donde quiere recibir su resumen y/o póliza:

#### Términos y condiciones E-resumen

El cliente conoce que los resúmenes del Banco y/o pólizas de BBVA Seguros serán puestos a disposición a través de su correo electrónico y mediante el sistema de visualización de BBVA net con la posibilidad de recibir un recordatorio vía Mail.

El cliente declara conocer y aceptar que el alta del servicio "E-Resumen" no lo exime de responsabilidad alguna respecto al cumplimiento en tiempo y forma de todas y cada una de las obligaciones que asumiera con el Banco y BBVA Seguros conforme las condiciones generales de contratación oportunamente suscriptas para cada uno de los productos que posee activos con la entidad. Lo expuesto incluye los casos en los que por cualquier causa no recibiera el/los resumen/es y/o pólizas en la dirección de correo electrónico denunciada ante el Banco al momento de contratar/ aceptar este servicio.

El cliente se compromete a actualizar la dirección de correo electrónico en la que el Banco informará la disponibilidad del resumen de sus productos. Podrá visualizar el resumen a través de BBVA Net. La modificación debe efectuarla ingresando a través de la opción Mis Datos.

El cliente conoce y acepta que en caso que la dirección de correo electrónico proporcionada sea incorrecta, inválida, incompleta, en caso de que sufre modificaciones, o no fuere actualizada; no recibirá el aviso de disponibilidad de su resumen/ póliza en BBVA Net. Quedan bajo su exclusiva responsabilidad las consecuencias que dicha acción u omisión impliquen.

La información que el cliente recibe en virtud del Servicio contratado es de uso personal y confidencial, por lo cual se compromete a no denunciar direcciones de e-mail que no fueren de su uso personal. Del mismo modo, adopta todas las precauciones necesarias para que la información que se envíe a su correo electrónico sea visualizada y conocida por él y mantiene indemne al Banco y a BBVA Seguros de toda responsabilidad si no adoptase tales recaudos.

El Cliente elige las empresas de correo electrónico y los proveedores de las tecnologías y equipos requeridos que le resulten confiables. Las condiciones de contratación con estas empresas o proveedores son ajenas al Banco. Por ello el Banco y BBVA Seguros no son responsables de los inconvenientes que el servicio contratado con

dichas compañías pudiere generarle respecto a la recepción del mail de aviso contratado.

El Banco y BBVA Seguros son responsables por el funcionamiento adecuado de los sistemas tecnológicos necesarios para generar el aviso sobre la disponibilidad de la documentación.

Al aceptar los presentes términos y condiciones el cliente presta el consentimiento que prevé la ley 25.326 de Protección de Datos Personales y sus normas reglamentarias, y se hace responsable de

cualquier consecuencia, en relación a la Ley mencionada.

El cliente acepta considerar como prueba las constancias que surjan del sistema informático del Banco.

El Cliente conoce que el Banco y BBVA Seguros quedan autorizados a poner término, total o parcialmente a este servicio y/o modificarlo cuando lo consideren conveniente sin expresión de causa mediante comunicación por escrito con un plazo mínimo de 60 días.



## Medios de Pago

### Tipo de Cuenta:

### Nro:

#### Autorización para el Débito Automático

Por la presente autorizo a la Aseguradora a través de su Agente institorio, Banco BBVA Argentina S.A., en adelante el Agente, a requerir de mi Banco emisor que proceda a debitar a través del medio de pago indicado, los importes mensuales que surjan de la adhesión al presente seguro. Se establece como fecha de pago (independientemente del día de pago) la de efectiva acreditación de los fondos en la cuenta de la Aseguradora. La presente autorización no implica compromiso alguno por parte del Banco emisor, 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 expresarme que la Entidad Titular y la Entidad Emisora de mi tarjeta, o el Banco, en caso de Cuenta Corriente o Caja de Ahorros, se encuentran expresamente exentas de toda responsabilidad civil o penal derivada del contrato suscripto con la Aseguradora.

En caso de no continuar adherido al débito automático me comprometo a comunicar tal decisión a la aseguradora, por escrito mediante nota a su domicilio legal, por vía telefónica al 0800-999-4100 opción 3 ó vía mail a la dirección clienteseguros-arg@bbva.com, antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el descuento.

Asimismo tomo conocimiento que:

La falta de pago de una cuota producirá la suspensión automática

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 - Ley de Seguros Nº 17.418).

El Solicitante declara haberse impuesto a las Condiciones Generales.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad asegurada, dirigiéndose personalmente o por nota a J.A.Roca 721 (C1067ABC)

**Apellido y Nombre:**

**Tipo y Número de documento:**

**Fecha:**

de la cobertura. Asimismo, ante la falta de pago del premio durante 3 meses consecutivos, el mismo, caerá definitivamente, quedando el contrato resuelto de pleno derecho y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

La Compañía se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 28/2018 y modificatorias. - Emitida por la Unidad de Información Financiera (Organismo con autarquía funcional en jurisdicción del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros 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 No 21.526. c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley No 25.065. d) Cheques de terceros los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o tomador de la póliza. e) Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la Administración Federal de Ingresos Públicos y registrado ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa.

Como asegurado acepto las Condiciones Generales, Específicas y Cláusulas Adicionales, de las coberturas solicitadas, en su totalidad y afirmo que las informaciones dadas son completas y veraces. Lo antes declarado en esta solicitud se considera parte integrante de la Póliza que cubrirá el objeto del seguro indicado en esta orden.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 (rotativas) en el horario de 10:30hs a 17:30hs; ó vía internet: [www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn).

Firma Titular del Seguro