

Por la presente, solicito que se emita a mi nombre en **Aseguradora y/o BBVA Seguros** (en adelante "el Asegurador"), un Seguro **Salud** (según corresponda), 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: Cta Altamira: Fecha:
Fecha inicio vigencia:



Datos del Asegurado

Apellido y Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Actividad:



Datos del Domicilio

Calle: Piso: Dpto: Localidad:
Provincia: Código Postal:
Teléfono:



Coberturas

Detalle	Suma Asegurada \$
Cuota Mensual	



Declaración de salud

¿Padece o padeciste en los últimos 12 meses, o estás en tratamiento por alguna de las siguientes dolencias / enfermedades?

- a) Cáncer;
- b) ACV;
- c) Infarto de miocardio, arritmia, dolor pre cordial;
- d) Insuficiencia renal o de otros órganos, hemorragias;
- e) Enfermedades neurológicas;
- f) EPOC o enfermedades respiratorias crónicas de más de un año de evolución con control periódico;
- g) Prevés someterte a alguna cirugía, By Pass o implantes Stent;
- h) Sometimiento de transplante de órgano como donante y/o receptor, o te encontrás en lista de espera como receptor;
- i) Estudios médicos que hayan requerido internación como: Biopsias o procedimientos quirúrgicos ambulatorios, estudios cardiológicos, punciones, laparoscopias u otros estudios de tumores.

Si

No

Los datos personales aquí incluidos tienen el carácter de declaración jurada.



Datos de Beneficiarios

Herederos legales

 Medio de Pago

Cuenta/Tarjeta:

Número:

Cuota de Seguro:

Autorizo a que las sumas de dinero necesarias para atender al cobro de los premios del Seguro y sus respectivas renovaciones sean debitados en forma directa y automática de la tarjeta de crédito / cuenta bancaria indicada más arriba.
Esta autorización no responsabiliza al Banco pagador de la Tarjeta

sobre posibles reclamos fundados en el importe a abonar ni en la calidad de la prestación brindada por el asegurador. El cobro se realizará por mes adelantado. Me notifico que el monto de la cuota informada corresponde a un periodo regular.

 Adhesión a Póliza Electrónica

Solicito que la documentación referida a mi póliza sea entregada en soporte electrónico a la siguiente dirección de e-mail:
Asimismo conozco y consiento que, en caso de aceptación de esta

solicitud, la documentación referida al seguro me será puesta a disposición en las páginas web del Banco BBVA www.bbva.com.ar y de la aseguradora www.lacaja.com.ar.

 Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente Res. UIF 134/2018

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que NO me encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas

Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

 Declaración Jurada Lavado de Activos de Origen Delictivo y Financiación del Terrorismo

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo y utilizaré a los fines del pago de las primas del seguro que solicito, provienen de mis ingresos normales derivados de la actividad indicada precedentemente y provendrán siempre de actividad lícita, no guardando al momento ni en el futuro relación con ninguna operación o actividad ilícita. * Declaración Jurada para Actividades Comprendidas en el Artículo 20 de la Ley 25.246 Art.19, inc.h,

Resolución 230/2011 Declaro bajo juramento CUMPLIR con las disposiciones legales, reglamentarias y complementarias vigentes en materia de prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado la presente sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

 Resolución 219

Brindo mi consentimiento para que los datos personales otorgados por mí a la aseguradora, dentro del marco del contrato de seguro, sean informados a los diferentes proveedores de la aseguradora /reaseguradora.

Declaro que los datos informados son correctos, que he leído y acepto las condiciones expresadas en la presente página. Declaro

conocer que de otorgarse, el seguro que solicito sólo se mantendrá vigente y se renovará en la medida en que se cumplan las condiciones especificadas para vehículos con dispositivo de localización y monitoreo vehicular en la presente solicitud (sólo en caso de autos).

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) 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

 Aceptación y Firma

Apellido y Nombre:

Tipo y número de documento:

Fecha:

Firma Titular del Seguro