

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. MONOTRIBUTO  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

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

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

Elección de Coberturas	Plan del Seguro de Vida Básico	Plan del Seguro de Vida Oro
------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Coberturas		
Muerte		
Incapacidad total y permanente		
Muerte simultánea		
Hijo póstumo		
Indem. accidentes cláusula (D)		
Gastos de Sepelio		
Indem. enfermedad terminal		
Trasplante		
Médula Osea		
Corazón		
Corazón - Pulmón		
Hepático		
Riñón		

(\*) 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	FECHANACIMIENTO	% 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?  SI  No
- ¿Ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica en los últimos 10 años?  SI  No
- ¿Padece usted dificultad o imposibilidad para realizar actividades cotidianas?  SI  No
- ¿Sufre usted actualmente una enfermedad y/o se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico?  SI  No
- ¿Practica algún deporte de riesgo?  SI  No
- ¿Tiene médico de cabecera?  SI  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  SI  No Requiere examen médico complementario  SI  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

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

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](http://www.ssn.gov.ar)

Adhesión al débito por tarjeta de crédito

CUIT n°	Apellido y Nombres	Parentesco
Tarjeta	TARJETA N°	Fecha vencimiento
Banco Emisor	Valor total débito	1º cuota

Adhesión al débito bancario

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

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

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).	Aclaración	firma	RESPONSABLE COMERCIAL CONSOLIDAR firma y sello
	.....		
	.....		
Lugar	Fecha	20	