

Por la presente solicito que se emita a mi nombre en BBVA Consolidar Seguros S.A. un Seguro de Celular 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.

Datos del SOLICITANTE

<u>Tipo de Identificación</u>	<input type="radio"/> CUIT	<input type="radio"/> CUIL	<input type="radio"/> CDI	<input type="text"/>	
<u>Apellido y Nombres</u>				<input type="text"/>	
<u>Tipo de Documento</u>	<input type="radio"/> DNI	<input type="radio"/> LC	<input type="radio"/> LE	<input type="radio"/> PAS	<input type="text"/>
<u>Estado Civil</u>	<input type="radio"/> casado	<input type="radio"/> divorciado	<input type="radio"/> soltero	<input type="radio"/> viudo	<u>Situación ante IVA</u>
<u>Lugar de Nacimiento</u>	<input type="text"/>				<u>Nacionalidad</u>
<u>eMail</u>	<input type="text"/>				<input type="text"/>

Domicilio legal/ correspondencia

<u>País</u>	<input type="text"/>						
<u>Calle</u>	<input type="text"/>	<u>nº</u>	<input type="text"/>	<u>Piso</u>	<input type="text"/>	<u>Dto. / Oficina</u>	<input type="text"/>
<u>Provincia</u>	<input type="text"/>		<u>Partido</u>	<input type="text"/>			
<u>Barrio</u>	<input type="text"/>		<u>C.P.A.</u>	<u>Extensión Domicilio</u> (Circ./Secc./Manz./Lote)			
<u>Teléf./Fax (DDN, Nº)</u>	<input type="text"/>				<u>Teléf. alternativo</u>		
<u>Correspondencia. Completar en caso que el domicilio postal difiera del legal</u>							

Elección de Coberturas

	<input checked="" type="radio"/> Plan 1	<input type="radio"/> Plan 2	<input type="radio"/> Plan 3	<input type="radio"/> Plan 4	<input type="radio"/> Plan 5
Coberturas					
Robo de Celular	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 40.000	\$ 50.000
Franquicia	10% de la Suma Asegurada	10% de la Suma Asegurada	10% de la Suma Asegurada	10% de la Suma Asegurada	10% de la Suma Asegurada
Premio*	Mensual	\$ 298,00	\$ 397,00	\$ 596,00	\$ 794,00
Premio*	Anual	\$3.474,00	\$4.766,00	\$7.149,00	\$9.532,00
<small>(* El premio no incluye sellados</small>					

Se cubre un sólo evento por año. Ámbito de Cobertura: República Argentina, las 24 hs. los 365 días del año. La Póliza del Seguro de Celular cuenta con una Cláusula Adicional de Incremento Anual de Capitales Asegurados.

Información del Celular a asegurar

<u>Marca</u>	<u>Nro. de Línea</u>		
<u>Modelo</u>	<u>Empresa prestataria</u>		

Características de las coberturas

Edades de Contratación y Permanencia Personas Asegurables	Edad Mínima de Contratación: 18 años
	Edad Máxima de Contratación: Sin límite.
	Edad Máxima de Permanencia: Sin límite.

Datos de la Operación

<u>CANAL DE VENTA</u>	<u>LEGAJO / MATRÍCULA</u>	<u>NOMBRE Y APELLIDO DEL RESP. COMERCIAL</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de la Facturación

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

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.

Compañía: BBVA Consolidar Seguros S.A CUIT 30-50006423-0
Aseguradora: Av. Leandro N. Alem 728/732 - C1001AAP - Buenos Aires - Argentina.
IGJ 28-02-06, N.3150, L.30, T.SA (T.O) www.bbvaseguros.com.ar
Tel. 0800 999 4100 - Fax (011) 4131-4111

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

Seguro de Celular Protegido

(continuación)

ADHESIÓN AL DÉBITO POR TARJETA DE CRÉDITO

<u>CUIT n°</u>	<u>Apellido y Nombres</u>	<u>Parentezco</u>
<u>Tarjeta</u>	<u>TARJETA n°</u>	<u>Fecha vencimiento</u>
<u>Banco Emisor</u>		

ADHESIÓN AL DÉBITO BANCARIO

<u>CUIT n°</u>	<u>Apellido y Nombres</u>
<u>Cód. Banco</u>	<u>Banco</u>
<u>Cuenta Tipo</u>	<input type="radio"/> CTA. CORRIENTE <input type="radio"/> CAJA DE AHORROS <u>n°</u>
<u>CBU n°</u>	

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 débito 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.....

<u>firma solicitante</u>

FIRMA REPRESENTANTE COMERCIAL

Lugar.....

Fecha

BBVA Consolidar Seguros S.A
CUIT 30-50006423-0
Av. Leandro N. Alem 728/732 - C1001AAP -
Buenos Aires - Argentina.
IGJ 28-02-06, N.3150, L.30, T.SA (T.O.)
www.bbvaseguros.com.ar
Tel. 0800 999 4100
Fax (011) 4131-4111