

SOLICITUD DE SEGURO

Póliza N°

A DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (PA)

Solicitud N° D000349

A 1 • Información General del Propuesto Asegurado

Nombre/s	delfina	Apellido/s	Caudilla				
DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI: 44598780	Profesión/Oficio/Industria/Actividad ppal.	Estudiante				
CUIT/CUIL/CDI	CUIL: 27-44598780-3	Tareas que desempeña	Estudiante				
Sexo	Femenino	Estado Civil	Soltero/a	Hijos	No		
Edad	14	Fecha nacimiento	10/02/2003	Nacionalidad	Austria	Lugar nacimiento	Argentina
Nº Ingresos Brutos		IVA		Ingreso Bruto Anual	\$ AR		
Domicilio particular	Timoteo Gordillo 1280 N°3						
CP	1428	Localidad	CABA	Provincia	Buenos Aires		
Domicilio correspondencia	Timoteo Gordillo 1280 N°3						
CP	1428	Localidad	CABA	Provincia	Buenos Aires		
Domicilio fiscal	Timoteo Gordillo 1280 N°3						
CP	1428	Localidad	CABA	Provincia	Buenos Aires		
Teléfono particular	5411 1544191947	Teléfono celular	5411 1544191947	Teléfono laboral	5411 1544191947		

A 2 • Datos Adicionales del Propuesto Asegurado •Completar sólo en caso de que el Propuesto Asegurado sea Tomador.

¿Tiene Ud. nacionalidad, ciudadanía/s y/o residencia/s en países que no sean la República Argentina?	¿En qué países?	<i>Si la respuesta fuera afirmativa, adjuntar el formulario de consentimiento a la transmisión de datos (Resolución SSN 38.632).</i>
La finalidad de este seguro de vida es para		
Cónyuge o conviviente	DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI:

BENEFICIARIOS

El Tomador puede designar beneficiarios contingentes. Si en caso de que al momento del siniestro, los beneficiarios primarios hubiesen fallecido, el beneficio se paga a los contingentes.

(*) ORDEN: 1 = Primario(clase 1); 2 = Contingente(clase 2); 3 = Contingente(clase 3).Cada clase debe sumar el 100 % del beneficio.

MODALIDAD DEL PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Opción Pago Beneficio	<input checked="" type="radio"/> Pago Único	En caso de renta temporaria (*) Sujeto al monto mínimo aprobado por Superintendencia de Seguros de la Nación: U\$100 por mes para polizas en dólares estadounidenses y \$500 para polizas en pesos, y al período máximo de pago(10 años)	<input type="radio"/> Cantidad Fija de Cuotas
	<input type="radio"/> Pago mediante Renta Temporaria		<input type="radio"/> Monto fijo de cuotas
Carácter del pedido del cobro	<input checked="" type="radio"/> Revocable por los beneficiarios <input type="radio"/> Irrevocable por los beneficiarios		
Pedidos Especiales			

D DATOS DEL TOMADOR

D 1 • Información General del Tomador • Persona Física

Nombre/s	Besada	Apellido/s	Ana Ines		
DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI: 21178351	Profesión/Oficio/Industria/Actividad ppal.	Medica		
CUIT/CUIL/CDI	CUIL: 27-21178351-3	Tareas que desempeña	Medica		
Sexo	Femenino	Estado Civil	Viudo/a	Relación con el PA	Madre
Fecha nacimiento	23/12/1969	Nacionalidad	Argentina	Lugar nacimiento	Argentina
Nº Ingresos Brutos		IVA		Ingreso Bruto Anual	\$ AR 1.100.000
Domicilio particular	timoteo Gordillo 1280 3				
CP	1408	Localidad	Caba	Provincia	Buenos Aires
Domicilio correspondencia	timoteo Gordillo 1280 3				
CP	1408	Localidad	Caba	Provincia	Buenos Aires
Domicilio fiscal	timoteo Gordillo 1280 3				
CP	1408	Localidad	Caba	Provincia	Buenos Aires
Teléfono particular	5411 1544191947	Teléfono celular	5411 1544191947	Teléfono laboral	5411 1544191947
<input checked="" type="checkbox"/> Autorizo a Prudential Seguros a enviarme por correo electrónico cualquier información referente a la presente Solicitud, como también cualquier documentación relacionada con mi Póliza de Seguro de Vida.					
Si	Correo electrónico	anainesbesada@hotmail.com			
¿Tiene Ud. nacionalidad, ciudadanía/s En qué país y/o residencia/s en países que no sean la República Argentina?		No	¿En qué países?	Si la respuesta fuera afirmativa, adjuntar el formulario de consentimiento a la transmisión de datos (Resolución SSN 38.632).	
La finalidad de este seguro de vida es para		Mi uso personal (consumidor final)			
Cónyuge o conviviente				DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI:

D 2 • Información General del Tomador • Persona Jurídica • Datos de la Empresa

Razón Social	CUIT/CUIL/CDI		
Actividad ppal	Relación con el PA		
Nº Ingresos Brutos	IVA	Facturación Bruto Anual	\$ AR
Domicilio fiscal			
CP	Localidad	Provincia	
Domicilio correspondencia			
CP	Localidad	Provincia	
Telefono 1	Telefono 2	Telefono 3	

D 3 • Información General del Tomador • Persona Jurídica • Datos del Representante Legal de la Empresa

El Representante Legal de la Empresa, ¿es el Propuesto Asegurado?					
Nombre/s	Apellido/s				
DNI/LE/LC/CI Mercosur	Profesión/Oficio/Industria/Actividad ppal.				
CUIT/CUIL/CDI	Tareas que desempeña				
Sexo	Estado Civil				
Fecha nacimiento	Nacionalidad	Lugar Nacimiento			
Domicilio particular	Localidad	Provincia			
CP					
Teléfono particular	Teléfono celular	Teléfono laboral			
<input type="checkbox"/> Autorizo a Prudential Seguros a enviarme por correo electrónico cualquier información referente a la presente Solicitud, como también cualquier documentación relacionada con mi Póliza de Seguro de Vida.					
Correo electrónico					
Cónyuge o conviviente	DNI/LE/LC/CI Mercosur				

E COBERTURAS

Plan Básico	Plan Joven 20 Pagos	Suma Asegurada	60.000	Moneda del contrato	<input checked="" type="radio"/> U\$S - Dólares estadounidenses <input type="radio"/> \$ - Pesos argentinos
Cobertura Adicional 1		Suma Asegurada		Beneficio por Muerte Accidental	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cobertura Adicional 2		Suma Asegurada		Enfermedad Crítica o Trasplante Periodo de carencia 90 días - Período de supervivencia 28 días	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cobertura Adicional 3		Suma Asegurada		Opción Compra Seguro Adicional	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Aporte de Fondos Adicionales	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Aporte inicial	10	Opción Cuenta de Fondos Adicionales	<input type="radio"/> Garantizada <input checked="" type="radio"/> No Garantizada

Si el plan básico es Dotal La cobertura por supervivencia es el 100% de la suma asegurada por fallecimiento.

Si el plan básico es Prudential Pesos Plus Acepto el incremento automático de capital asegurado. índice de incremento: opción 1.

En caso de no abonarse la/s prima/s durante el plazo de gracia se solicita/n la/s opción/es de no pago Pago automático de Primas usando la Cuenta de Fondos Adicionales
 Préstamo para el Pago Automático de Primas

En caso de no abonarse la/s prima/s durante el plazo de gracia se solicita la opción de caducidad Seguro Prorrogado Seguro Saldado

Cuenta de Fondos Adicionales (Seguro de Vida Permanente)

Conforme lo estipulado en el Artículo titulado "Reconocimiento Mensual de los Rendimientos" de las Condiciones Generales, la Cuenta de Fondos Adicionales, a diferencia de la Cuenta Principal, no posee garantía de capital ni de tasa de interés. Por lo tanto, de acuerdo a lo expuesto en el Artículo titulado "Cuenta de Fondos Adicionales" de las Condiciones Generales, el saldo de dicho fondo podrá incrementarse o disminuir de acuerdo con el reconocimiento que se otorgue sobre los rendimientos obtenidos por la Compañía para el presente plan. En caso de que el rendimiento reconocido resulte negativo, esto puede acarrear pérdidas de capital en el fondo mencionado.

El portafolio de inversión será el mismo que el de los fondos correspondientes a la Cuenta Principal, que cuenta con garantía de acuerdo a la tasa especificada en las Condiciones Particulares. Se basará en inversiones en instrumentos de renta fija, que podrá incluir títulos de deuda pública y privada, tanto nacional como internacional, plazos fijos y fondos comunes de inversión cuyos activos subyacentes sean también de renta fija, haciendo foco en aquellos activos con una elevada calificación crediticia. Adicionalmente, el fondo podrá invertir en otros instrumentos de baja volatilidad, siendo el objetivo privilegiar la preservación del capital de los asegurados.

F MODALIDAD DE PAGO

Prima del Plan Contratado	<input type="radio"/> \$AR <input checked="" type="radio"/> U\$S	Importe	69,47	Frecuencia de Pago	<input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input checked="" type="radio"/> Mensual
Medio de Pago para el pago de primas	<input type="radio"/> Depósito Bancario <input type="radio"/> Débito Directo en Cuenta <input checked="" type="radio"/> Tarjeta de Crédito				
Completar sólo en caso de que el medio de pago fuera Débito Directo en Cuenta		Fecha de Débito	<input type="radio"/> 1º Fecha de vencimiento <input type="radio"/> 2º Fecha de Vencimiento		

F1 • Información del Medio de Pago

Nombre/s y Apellido/s del Titular del Medio de Pago	Ana Incs Besada		
Tarjeta de Crédito	Tipo de Tarjeta de Crédito	<input type="radio"/> AMEX <input type="radio"/> CABAL <input type="radio"/> DINERS <input type="radio"/> NEVADA <input type="radio"/> MASTERCARD <input checked="" type="radio"/> VISA	<input type="radio"/> Banco <input checked="" type="radio"/> banco Ciudad
	Nro. de Tarjeta de Crédito	XXXX XXXX XXXX 3944	
Débito Directo en Cuenta	Tipo de Cuenta	<input type="radio"/> Cuenta Corriente en \$ <input type="radio"/> Caja de Ahorro en \$	<input type="radio"/> Banco <input checked="" type="radio"/> Sucursal
	Nro. de Cuenta		
	CBU (22 dígitos)		

Autorizo a Prudential Seguros S.A. a debitar en forma automática de mi tarjeta de crédito o de mi cuenta bancaria el importe de las primas del seguro contratado en esta solicitud.

La información sobre los débitos solicitados por Prudential Seguros S.A. contenida en los resúmenes de cuenta emitidos por los bancos o por las administradoras de tarjetas de crédito servirá como suficiente comprobante de los pagos realizados. El primer pago se imputará en su poliza en la fecha de inicio de vigencia de esta. Los pagos siguientes se imputarán en su respectiva poliza en la fecha de la efectiva recepción de los fondos por parte de Prudential Seguros S.A. Sin embargo dichos débitos corresponden a dos períodos de cobertura distintos. Cuando se solicite la modalidad "Débito Directo en Cuenta" se deberá consignar la CBU (Clave Bancaria Uniforme, un número de 22 dígitos).

En caso de que el Tomador sea una persona jurídica con actividad económica en la Provincia de Buenos Aires y el asegurado tenga domicilio en la Provincia de Buenos Aires, corresponderá, en principio, adicionar al premio informado un importe en concepto de percepción de impuesto a los ingresos brutos por esa provincia. Dicho importe surgirá de aplicar al premio la tasa que publique la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires mensualmente. La tasa es personalizada para cada contribuyente y oscila en un rango entre el 0% y el 6%.

G DATOS DEL PAGADOR

Nombre/s	Besada	Apellido/s	Ana Ines		
DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI: 21178351	CUIT/CUIL/CDI	CUIL: 27-21178351-3	Ingreso Bruto Anual	\$ AR 1.100.000
Profesión/Oficio/Industria/Actividad ppal.	Medica				
Tareas que desempeña	Medica				
Sexo	Femenino	Estado Civil	Viudo/a	Relación con el PA	Madre
Fecha nacimiento	23/12/1969	Nacionalidad	Argentina	Lugar nacimiento	Argentina
¿Tiene Ud. nacionalidad, ciudadanía/s y/o residencia/s en países que no sean la República Argentina?		No	¿En qué países?	Si la respuesta fuera afirmativa, adjuntar el formulario de consentimiento a la transmisión de datos (Resolución SSN 38.632).	
Cónyuge o conviviente				DNI/LE/LC/CI Mercosur	DNI:

H OTRAS ACTIVIDADES DEL PROPUESTO ASEGURADO

1	¿Operó o desempeñó tareas a bordo de una aeronave, planeador, globo o similar dentro de los últimos 2 años o tiene planes de hacerlo en el futuro? En caso afirmativo, completar el CUESTIONARIO DE AVIACIÓN.	No
2	¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades dentro de los últimos 2 años o tiene planes de hacerlo en el futuro? Automovilismo, buceo, deportes relacionados con la aviación, deportes con animales, deportes de agua, deportes de invierno, montañismo, motociclismo, navegación, navegación a vela o lanchas motoras, u otros deportes de riesgo varios. En caso afirmativo, completar el CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE.	No
3	¿Está acusado, o imputado, o fue condenado, por la comisión de algún delito, y/o ha cumplido o está cumpliendo, una condena (ya sea en prisión o bajo arresto domiciliario) dentro de los últimos 5 años?	No
4	¿Tiene planes de viajar o radicarse fuera de la Argentina, dentro de los próximos 12 meses?	No

| ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PROPUESTO ASEGURADO

VIVOS			FALLECIDOS	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecer	Causa del Deceso
Padre			50	infarto de miocardio
Madre	47	sana		
Hermano/a	18	sano		
Hermano/a				
Hermano/a				
Hermano/a				

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PROPUESTO ASEGURADO

J 1 • Último Médico Consultado por el Propuesto Asegurado

Nombre/s	No Recuerda	Apellido/s	No Recuerda
Motivo de la última consulta	El PA no recuerda ni la fecha ni el motivo de la última visita al médico. Declara no tener problemas significativos de salud		
		Fecha	No Recuerda
Tratamiento y/o medicación prescritos / Resultados del chequeo	No Recuerda		
Domicilio			
CP	Localidad	Provincia	
Teléfono	E-mail		

J 2 • Médico de Cabecera del Propuesto Asegurado • Completar sólo en caso de que difiera del último consultado

Nombre/s	Ana Ines	Apellido/s	Besada
Motivo de la última consulta	es la madre	Fecha	
Tratamiento y/o medicación prescritos / Resultados del chequeo			
Domicilio			
CP	Localidad	Provincia	
Teléfono	E-mail		

K	CONTEXTO DEL PROPUESTO ASEGURADO				Solicitud N°	D000349
Altura	m 1,60	Peso	kg 50,00	¿Varió su peso en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	¿En cuántos kilos? +
L USO DE TABACO U OTROS PRODUCTOS QUE CONTENGAN NICOTINA / CONSUMO DE ALCOHOL						
El Propuesto Asegurado, ¿actualmente fuma cigarrillos, cigarro, pipa u otros?					<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
Cantidad diaria		Cantidad de años		Última vez que fumó		
El Propuesto Asegurado, ¿consume bebidas con alcohol?					<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
Cantidad diaria		Tipo de bebida				
M ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PROPUESTO ASEGURADO						
1	¿Se le ha diagnosticado o ha sido tratado por					
a	infarto, dolor de pecho, soplo cardiaco o cualquier otro problema cardiaco o cardiovascular?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
b	hipertensión o cualquier otro trastorno circulatorio?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
c	cáncer, tumor, leucemia, melanoma o linfoma?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
d	diabetes o niveles elevados de azúcar, colesterol u otras enfermedades en la sangre; enfermedades tiroideas o cualquier otro problema endocrino?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
e	asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis o cualquier otro problema respiratorio?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
f	mareos, desmayos, convulsiones, derrame cerebral o cualquier otro problema cerebral o del sistema nervioso?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
g	enfermedades psiquiátricas o mentales?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
h	hepatitis de cualquier clase o cualquier otro trastorno hepático?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
i	úlceras, colitis o cualquier otro problema gastrointestinal?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
j	cualquier problema renal o de las vías urinarias?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
k	SIDA o enfermedades asociadas, resultados positivos al test de HIV; o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
l	afecciones en los ojos, oídos, nariz o garganta?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
m	trastornos en las articulaciones, columna vertebral, cráneo u otros huesos?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
2	Además de lo declarado arriba,					
a	¿está tomando medicamentos actualmente?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
b	¿piensa consultar a algún médico y/o someterse a algún tratamiento médico y/o análisis (que no sea para solicitar este seguro)?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
c	en los últimos 10 años, ¿estuvo internado o recibió tratamiento ambulatorio en alguna clínica, sanatorio, hospital, centro de salud mental, instituto de rehabilitación, etc?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
d	¿se sometió alguna vez en su vida o se le sugirió someterse a intervenciones quirúrgicas y/o biopsias?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
e	en los últimos 5 años, ¿se sometió o se le sugirió someterse a estudios de diagnóstico tales como análisis de sangre y orina, radiografías y/o electrocardiogramas?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
f	en caso de ser mujer, ¿está embarazada actualmente?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
3	¿Hace uso, o ha hecho uso alguna vez, en los últimos 10 años de anfetaminas, marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, LSD u otra droga que no haya sido recetada por un médico?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
4	¿Alguna vez en su vida asistió, o se le recomendó concurrir a un centro de asistencia y/o rehabilitación para superar un problema de adicción a las drogas o al alcohol?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
5	¿Tiene conocimiento de padecer algún problema de salud que no haya sido mencionado anteriormente?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
6	¿Alguna vez ha solicitado un seguro de vida o salud que, según su conocimiento, haya sido rechazado, pospuesto o tasada con extraprima?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
7	¿Solicitó o recibió alguna vez beneficios por discapacidad de cualquier tipo?					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

M 1 • Datos Adicionales

La Declaración Jurada de Salud incluida en las secciones I, J, K, L y M, que corresponde al Propuesto Asegurado y que forma parte de la presente Solicitud de Seguro, podrá ser suscripta a criterio de la Compañía:
(i) al momento de completar y/o presentar la Solicitud de Seguro,
(ii) ante el prestador médico designado por la Compañía, a los efectos de efectuar al propuesto Asegurado los estudios médicos requeridos en forma previa al otorgamiento de la cobertura solicitada,
(iii) en el acto de entrega de la póliza al Propuesto Asegurado, exclusivamente cuando la Declaración Jurada de Salud haya sido completada vía telefónica a través del representante designado por la Compañía a tal fin.

MEDIOS DE PAGO

De acuerdo con lo dispuesto por la Resolución del Ministerio de Economía N° 429/2000 y sus modificaciones, se detallan a continuación los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- 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 realizado 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.

Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas enumerados en el párrafo anterior. Consecuentemente, sólo surtirán efecto entre las partes y frente a terceros los pagos de premios de contratos de seguros por los medios anteriormente establecidos.

De acuerdo con esta Resolución y sus modificaciones, Prudential Seguros S.A. sólo cobra sus primas a través de los siguientes medios: débito automático en tarjeta de crédito, débito directo en cuenta bancaria, depósito del cliente en la cuenta recaudadora en CITIBANK, transferencia bancaria o pago a través de cajeros de la red Banelco o www.pagomiscuentas.com

La información sobre los débitos solicitados por Prudential Seguros S.A. contenida en los resúmenes de cuenta emitidos por los bancos o por las administradoras de tarjetas de crédito servirá como suficiente comprobante de los pagos realizados. El primer pago se imputará en su póliza en la fecha de inicio de vigencia de ésta. Los pagos siguientes se imputarán en su respectiva póliza en la fecha de la efectiva recepción de los fondos por parte de Prudential Seguros S.A. Sin embargo dichos débitos corresponden a dos períodos de cobertura distintos. Cuando se solicite la modalidad "Débito Directo en Cuenta" se deberá consignar la CBU (Clave Bancaria Uniforme, un número de 22 dígitos).

En caso de que el Tomador sea una persona jurídica con actividad económica en la Provincia de Buenos Aires y el asegurado tenga domicilio en la Provincia de Buenos Aires, corresponderá, en principio, adicionar al premio informado un importe en concepto de percepción de impuesto a los ingresos brutos por esa provincia. Dicho importe surgirá de aplicar al premio la tasa que publica la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires mensualmente. La tasa es personalizada para cada contribuyente y oscila en un rango entre el 0% y el 6%.

Autorizo a Prudential Seguros S.A. a debitar en forma automática de mi tarjeta de crédito o de mi cuenta bancaria el importe de las primas del seguro contratado en esta solicitud.

SOLICITUD PARA BRINDAR / DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a cualquier médico matriculado, sea clínico o especialista de salud, clínica, sanatorio, hospital, centro asistencial, compañía de seguros u otra organización o persona que cuente con datos relativos a mi salud, a proporcionar cualquier información sobre mi estado de salud o sobre mi persona a Prudential Seguros S.A. a fin de determinar mi asegurabilidad para la cobertura de seguro de vida, o para determinar la procedencia del pago de algún beneficio bajo la póliza que pudiera emitirse en virtud de la presente solicitud. Prudential Seguros S.A. podrá divulgar dicha información a sus reaseguradores.

Queda comprendido que, para los profesionales médicos asistentes y directores de establecimientos de salud, la provisión de la información médica completa de mi persona que por medio de la presente autorizo, es obligatoria de acuerdo a los derechos que me confiere la ley 26.529, particularmente en sus artículos 2, 3, 4 y 14. Entiéndase que todo integrante de Prudential Seguros S.A. se constituye en apoderado de mi persona a estos fines. Una fotocopia de la presente declaración es tan válida como el original.

Acepto los términos de la presente autorización firmando al pie.

FIRMAS

Dejo constancia de que en la fecha mencionada completé la Solicitud de Seguro, con número que figura al pie, en formato electrónico frente a mi Life Planner y ratifico todas las respuestas allí consignadas, las cuales, a mi leal saber y entender son correctas, completas y verdaderas, y resultan complementarias a las declaraciones que por la presente realice.

Autorizo a Prudential Seguros S.A. a enviarme por correo electrónico o mediante puesta a disposición en la página web "www.prudential.com.ar", cualquier información, documentación o notificación relacionada con la presente solicitud de seguro electrónica y mi Póliza de Seguro de Vida, aún cuando la misma incluya datos confidenciales / sensibles. Constituyo ambos medios como domicilio válido de notificación.

PROUESTO ASEGURADO

Firma		Aclaración	Defensa Claude Villa	
		Lugar	Bs As	
		E-mail	andresレス波@jovi.i.com	
			Fecha	29/03/17

TOMADOR (si difiere del Propuesto Asegurado) • Si el Tomador es Persona Jurídica, incluir la firma de un Representante Legal o Responsable de la misma.

Firma		Razón Social	Montse de la Torre	
		Aclaración		
		Lugar		
		E-mail		
			Fecha	29/03/17

PAGADOR (si difiere del Tomador) • Si el medio de pago fuera una cuenta de orden conjunta, deben firmar ambos titulares.

Firma		Aclaración		
		Lugar		
			Fecha	

LIFE PLANNER (testigo) • Se deja constancia que el Life Planner ha verificado el DNI, LC, LE, CI de MERCOSUR o Pasaporte vigente.

Firma		Aclaración	Soy el testigo	
		Lugar	Bs As	
			Cargo	LP
			Fecha	29/03/17

Caudillo

SOLICITUD DE SEGURO

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Gracias por habernos elegido para cubrir sus necesidades de seguro. Antes de que podamos emitirle una póliza, tenemos que revisar su Solicitud. Para esto será necesario que recolectemos y evaluemos información personal sobre usted. A continuación le detallamos nuestras prácticas en este sentido.

Declaración Jurada de Salud

La Declaración Jurada de Salud incluida en las secciones I, J, K, L y M, que corresponde al Propuesto Asegurado y que forma parte de la Solicitud de Seguro Electrónica, podrá ser suscripta a criterio de Prudential Seguros S.A: (i) al momento de completar y/o presentar la Solicitud de Seguro Electrónica, (ii) ante el prestador médico designado por Prudential Seguros S.A, a los efectos de efectuar al Propuesto Asegurado los estudios médicos requeridos en forma previa al otorgamiento de la cobertura solicitada, (iii) en el acto de entrega de la póliza al Propuesto Asegurado, exclusivamente cuando la Declaración Jurada de Salud haya sido completada vía telefónica a través del representante designado por Prudential Seguros S.A. a tal fin.

La cobertura comenzará en la fecha de inicio de vigencia de la póliza, siempre y cuando:

- Prudential Seguros S.A. emita una póliza, y el Propuesto Asegurado y/o Tomador la acepten; y
- la prima correspondiente a la modalidad de pago elegida esté totalmente abonada por el Tomador, y el estado de salud del Asegurado permanezca igual a lo indicado en la solicitud.

Toda declaración falsa, y/o tergiversación y/u omisión de circunstancias conocidas por el Propuesto Asegurado y/o Tomador (aún cuando hubieran sido hechas de buena fe) que llegaran a conocimiento de Prudential Seguros S.A, y que a juicio de expertos hubiesen impedido la emisión de la póliza o modificado sus condiciones, podrán dejar sin efecto este contrato (Art. 5, Ley de Seguros N° 17.418).

La prima se adeuda desde el momento en que se firma esta solicitud, pero no es exigible hasta tanto no se produzca la entrega de la póliza, a menos que se haya emitido un certificado u otro instrumento de cobertura provisoria.

DECLARACIÓN JURADA DE LICITUD y ORIGEN DE FONDOS – RESOLUCIÓN UIF 202/2015 (MOD. 104/2016)

De conformidad con lo establecido en la Resolución UIF 202/2015 (MOD 104/2016), se deja constancia que al momento que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza; o al momento de realizarse una cesión de derechos, un cambio de beneficiarios, o una anulación, la Cía. exigirá, de corresponder, al Tomador, o al beneficiario y/o cessionario de la póliza, la presentación de una declaración jurada sobre licitud y origen de los fondos, y la correspondiente declaración respaldatoria, y la presentación de documentación necesaria tendiente a identificar la persona del beneficiario y/o cessionario de la póliza, el vínculo que lo une al Asegurado o Tomador del seguro, así como el motivo que origina la cesión o el cambio de beneficiarios. La resolución 202/2015 y modificatorias se encuentran a disposición del Tomador en www.uif.gov.ar

Actualización de Datos de Cliente

Se deja constancia que en virtud de la normativa vigente en materia de lavado de dinero aplicable a los seguros de vida, usted debe mantener actualizada la información brindada a Prudential Seguros S.A. Por tal motivo, le solicitamos que cualquier modificación de la información brindada, sea notificada fehacientemente a Prudential Seguros S.A dentro del plazo de 15 (quince) días corridos de ocurrido el hecho que dé lugar a la modificación de los datos suministrados.

Información y Documentación respaldatoria a adjuntar para Persona Física (Tomador y/o Pagador)

- para primas únicas o primas pactadas y/o aportes acumulados en los últimos 12 meses iguales o superiores a \$90.000 por persona física.
Copia de documento nacional de identidad, libreta cívica libreta de enrolamiento o cédula de identidad, Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente.
- para primas únicas o primas pactadas y/o aportes acumulados en los últimos 12 meses iguales o superiores a \$170.000 por persona física.
Recibos de Sueldo, Constancia de Monotributo/Responsable Inscripto, Manifestación de bienes, certificación de ingresos, declaraciones juradas de impuestos, estados contables auditado por Contador Público y certificado por el Consejo Profesional correspondiente, documentación bancaria, etc., según corresponda, que justifique el origen lícito de los fondos involucrados en esta operación.

Información y Documentación respaldatoria a adjuntar para Persona Jurídica (Tomador y/o Pagador)

- para primas únicas o primas pactadas y/o aportes acumulados en los últimos 12 meses iguales o superiores a \$160.000 por persona jurídica.
Copia del estatuto social actualizado certificada por escribano público; Copia certificada por escribano público del acta del órgano decisorio designando autoridades, al representante legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma social; Datos identificatorios del mismo; Titularidad del capital social (actualizada); Identificación de las personas físicas que directa o indirectamente ejerzan el control real de la persona de existencia jurídica, Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente de Representantes Legales.
- para primas únicas o primas pactadas y/o aportes acumulados en los últimos 12 meses iguales o superiores a \$320.000 por persona jurídica.
Manifestación de bienes, certificación de ingresos, declaraciones juradas de impuestos, estados contables auditado por Contador Público y certificado por el Consejo Profesional correspondiente, documentación bancaria, etc., según corresponda, que justifique el origen lícito de los fondos involucrados en esta operación.

De acuerdo a lo requerido por la Unidad de Información Financiera en su Resolución UIF N° 202/2015 (MOD 104/2016), manifiesto bajo declaración jurada que los fondos con los cuales aboné o abonaré el premio y los aportes adicionales, en caso de proceder, correspondientes a la presente Solicitud/Póliza fueron obtenidos lícitamente como consecuencia del ejercicio de mi profesión habitual.

CUENTA DE FONDOS ADICIONALES (Seguro de Vida Permanente)

Conforme lo estipulado en el Artículo titulado "Reconocimiento Mensual de los Rendimientos" de las Condiciones Generales, la Cuenta de Fondos Adicionales, a diferencia de la Cuenta Principal, no posee garantía de capital ni de tasa de interés. Por lo tanto, de acuerdo a lo expuesto en el Artículo titulado "Cuenta de Fondos Adicionales" de las Condiciones Generales, el saldo de dicho fondo podrá incrementarse o disminuir de acuerdo con el reconocimiento que se otorgue sobre los rendimientos obtenidos por la Prudential Seguros S.A. para el presente plan. En caso de que el rendimiento reconocido resulte negativo, esto puede acarrear pérdidas de capital en el fondo mencionado. El portafolio de inversión será el mismo que el de los fondos correspondientes a la Cuenta Principal, que cuenta con garantía de acuerdo a la tasa especificada en las Condiciones Particulares. Se basará en inversiones en instrumentos de renta fija, que podrá incluir títulos de deuda pública y privada, tanto nacional como internacional, plazos fijos y fondos comunes de inversión cuyos activos subyacentes sean también de renta fija, haciendo foco en aquellos activos con una elevada calificación crediticia. Adicionalmente, el fondo podrá invertir en otros instrumentos de baja volatilidad, siendo el objetivo privilegiar la preservación del capital de los asegurados.