

**ZURICH®**

Zurich Invest Future

Solicitud de póliza - Personas Físicas

1. Introducción

Día

Mes

Año

Sírvase completar esta Solicitud en letra de imprenta. Zurich International Life Limited Sucursal Argentina se reserva el derecho de solicitar mayor información en caso de ser necesario.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante y/o vida/s asegurada/s, 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". Las obligaciones de Zurich International Life Limited Sucursal Argentina comenzarán cuando se reciba esta Solicitud junto con cualquier otro formulario complementario, el pago inicial total y la Compañía haya notificado su aceptación. Las respuestas a las consignas de esta Solicitud y todo otro formulario relacionado con ésta son obligatorias excepto que se especifique su carácter optativo.

2. Datos del Solicitante

Nombre y Apellido

DNI / L.C. / L.E. N°

C.U.I.T. / C.U.I.L. / C.D.I. N°

Fecha de nacimiento: Día

Mes

Año

Sexo:

☐

Masculino

☐

Femenino

Nacionalidad

Lugar de nacimiento

Estado civil

Actividad principal

Domicilio: Calle

N°

Piso

Dpto.

Localidad

Provincia

Código Postal

País

Tel. particular

Tel. celular

E-mail

Condición frente al I.V.A.: ☐ Resp. Insc.☐ No Gravado☐ Exento☐ Cons. Final☐ Monotributista

Domicilio para recibir correspondencia (Si no indica alguna de las opciones, se tomará como domicilio de correspondencia el particular)

☐ Particular☐ Otro

Indique cual

Domicilio: Calle

N°

Piso

Dpto.

Localidad

Provincia

Código Postal

País

Tenga presente que deberá remitir documentación relativa a su situación económica, patrimonial, financiera y tributaria como manifestación de bienes, certificación de ingresos, etc según corresponda si:

- a)** la sumatoria de la prima inicial pactada de esta póliza y las primas regulares únicas y/o primas anuales pactadas y/o aportes extraordinarios de otras pólizas que Ud. pudiera tener en la Compañía, como tomador y/o tercero pagador, fueran igual o superior en su conjunto, en los últimos doce meses a las sumas establecidas por los procedimientos definidos por la Cía. y/o
- b)** si por esta póliza y/o por las otras que tuviera en la Compañía, en su carácter de tomador y/o tercero pagador, la suma pagadera por la última prima regular bruta aportada anualizada y/o la sumatoria de las primas únicas brutas aportadas en los últimos 365 días, excediese/n el monto del waiver vigente. En este caso deberá también acompañar Cuestionario de Origen de Fondos (COF).

3. Datos de la Vida Asegurada

Si la Primera Vida Asegurada coincide con el Solicitante continúe completando desde "Profesión"

Nombre y Apellido

DNI / L.C. / L.E. Nº

C.U.I.T. / C.U.I.L. / C.D.I. Nº

Fecha de nacimiento: Día

Mes

Año

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil

Nacionalidad

Lugar de nacimiento

Domicilio de residencia

(Calle, número, piso, departamento, localidad, provincia)

Relación entre la Vida Asegurada y el Solicitante de la Póliza:

Profesión

Actividad laboral:
Proporcione detalles precisos de cualquier trabajo u ocupación por la que obtenga ingresos e indique el porcentaje aproximado de tiempo que pasa efectuando trabajos manuales y no manuales.

Descripción del trabajo u ocupación	Manual %	No Manual %

Por favor, indique los ingresos personales totales que ha percibido en los últimos 12 meses

Actividades:
¿Realiza o piensa realizar alguna actividad peligrosa relacionada con su profesión o deportes como buceo, paracaidismo, carreras de caballos, motociclismo, automovilismo, alpinismo, espeleología, escalamiento de rocas o muros, etc. (esta lista no es limitativa), o aviación (excluyendo vuelos como pasajero en líneas aéreas comerciales)? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique detalles completos y frecuencia con que la/s practica o piensa practicar.

Actividad	Frecuencia

¿Ha fumado durante los últimos 12 meses o tiene intención de hacerlo en el futuro? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique producto y cantidad por día

Residencia:
¿Piensa visitar, residir o trabajar en algún otro país aparte del presente? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, especifique detalles.

País	Razón	Cuántas visitas al año	Plazo aprox. de cada visita

4. Beneficios Adicionales al Seguro de Vida Básico de VRU\$ 5.000

Por favor indique las sumas de los Beneficios Adicionales en VRU\$ (Valor de Referencia en U\$).

Las primas y beneficios de esta Solicitud se encuentran expresados en VRU\$ (Valor de Referencia en U\$), que indica los Pesos equivalentes de acuerdo con el tipo de cambio vigente para el VRU\$. Las primas y beneficios serán modificados periódicamente a efectos de mantener el VRU\$; se utilizará el tipo de cambio vendedor del Dólar utilizado por la Compañía los días 15 o hábil anterior de cada mes.
El Solicitante podrá indicar fehacientemente que el tipo de cambio vigente no sea modificado. En tal caso, quedarán fijados en su último monto

en Pesos. Asimismo, podrá solicitar en cualquier momento el restablecimiento de un nuevo monto en VRU\$, el cual podrá estar sujeto a la aprobación de la Compañía.
La Compañía se reserva el derecho de no modificar las primas en Pesos cuando la variación en la cotización del Dólar respecto del valor vigente para el VRU\$ fuera inferior al 5%

Seguro de Vida Adicional

(edad máxima para solicitarlo: 74 años; incluye anticipo por Enfermedad Terminal)

☐ Si ☐ No

Monto

(adicional al Seguro de Vida Básico)

¿Desea que este beneficio se pague en adición a la cuenta Individual (exclusiva)

☐ Si ☐ No

¿Desea la opción de seguro de vida decreciente?

☐ Si ☐ No

Nuevo Monto

A partir del Aniversario N°

Nuevo Monto

A partir del Aniversario N°

Beneficio por Hospitalización

(edad máxima para solicitarlo: 59 años)

☐ Si ☐ No

Monto Semanal

Beneficio por Muerte Accidental

(edad máxima para solicitarlo: 64 años)

☐ Si ☐ No

Monto

Beneficio por Exención de Pago de Primas

(edad máxima para solicitarlo: 59 años)

☐ Si ☐ No

Beneficio por Invalidez Total y Permanente

(edad máxima para solicitarlo: 59 años)

☐ Si ☐ No

Monto

Los Beneficios Adicionales se encuentran sujetos al cumplimiento de los requisitos que determine Zurich International Life Limited Sucursal Argentina.

5. Seguros existentes

(a completar por la Vida Asegurada)

¿Ha presentado usted alguna otra solicitud o propuesta a nuestra Compañía o a otra compañía de seguros durante los últimos 6 meses, inclusive cualquier otra solicitud presentada simultáneamente con la presente con respecto a un seguro de vida, enfermedad, hospitalización o accidente personal?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta fue afirmativa utilice la siguiente tabla para brindar más detalles. Si el espacio no fuera suficiente, la información restante se reflejará en la página Anexo.

Fecha	Nombre de la compañía	Monto	Tipo de seguro

¿Le ha sido rechazada, pospuesta o aceptada en condiciones especiales alguna solicitud o propuesta de seguro presentada anteriormente o ha realizado algún reclamo por coberturas similares a las solicitadas a alguna compañía de seguros?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta fue afirmativa utilice la siguiente tabla para brindar más detalles. Si el espacio no fuera suficiente, la información restante se reflejará en la página Anexo.

Fecha	Nombre de la compañía	Monto y Tipo de seguro	Detalles

3

6. Descripción de Fondos disponibles

FONDOS NOMINADOS EN MONEDA DÓLAR (*)

Fondo Zurich Performance International II: Fondo Mutuo de riesgo agresivo nominado en moneda Dólar. Constituido por un máximo de 100 % en acciones, CEDEARS, índices y/u otros activos de renta variable; y hasta un máximo de 30% en plazos fijos y/o depósitos a la vista.

Fondo Zurich Commodities: Fondo Mutuo de riesgo agresivo nominado en moneda Dólar. Constituido por un máximo de 100% en acciones, CEDEARS, índices y/u otros activos de renta variable relacionados con commodities (bienes transables internacionalmente); y hasta un máximo de 30% en plazos fijos y/o depósitos a la vista.

Fondo Zurich Income II: Fondo mutuo de riesgo moderado nominado en moneda dólar. Constituido por un máximo de 100% de títulos de deuda pública o privada; y un máximo de 50% en plazos fijos y/o depósitos a la vista.

Fondo Zurich Money: Fondo Mutuo de riesgo moderado, nominado en moneda Dólar. Constituido por un máximo de 100 % en plazos fijos y/o depósitos a la vista y/o derivados; y hasta un máximo de 60% en títulos públicos y privados de corto plazo.

FONDOS NOMINADOS EN MONEDA PESOS

Fondo Zurich Performance: Fondo Mutuo de riesgo agresivo, constituido por un máximo de 100 % en acciones, índices y/u otros activos de renta variable; y hasta un máximo de 30% en plazos fijos y/o depósitos a la vista.

Fondo Zurich Income: Fondo mutuo de riesgo moderado nominado en moneda Pesos. Constituido por un máximo de 100% de títulos de deuda pública o privada; y un máximo de 50% en plazos fijos y/o depósitos a la vista.

Fondo Zurich Money: Fondo Mutuo de riesgo moderado, nominado en moneda Pesos. Constituido por un máximo de 100 % en plazos fijos y/o depósitos a la vista y/o derivados y hasta un máximo de 60% en títulos públicos y privados de corto plazo.

Fondo Zurich Competitive: Fondo de acumulación garantizada, constituido por un máximo de 100% de títulos de deuda pública o privada; y un máximo de 50% de depósitos a la vista y plazos fijos y/o derivados.

* En los fondos constituidos por acciones, cuando la Moneda del Fondo no sea la moneda de curso legal en la República Argentina (pesos) los activos subyacentes de tales fondos podrán encontrarse nominados en la/s monedas que constituyen la Moneda del Fondo o en pesos convertibles a la Moneda del Fondo.

Los fondos podrán constituirse por los activos mencionados en forma directa y/o por fondos comunes de inversión que inviertan en los mismos.

7. Moneda de la Cuenta Individual y Estrategia de Inversión

Por favor indique la moneda de la Cuenta Individual. Complete según la moneda seleccionada ☐ Pesos ☐ Dólares

¿Desea que se aplique la Estrategia de Inversión Predeterminada (disponible para moneda Dólar)? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, le recordamos a continuación la Estrategia de Inversión Predeterminada

Plazo de pago de Primas	Más de 20 años	De 11 a 20 años	De 6 a 10 años	De 3 a 5 años	Hasta 2 años
Estrategia Número	1	2	3	4	5
Zurich Money	-	-	-	-	10%
Zurich Income II	20%	30%	50%	70%	70%
Zurich Performance International II	80%	70%	50%	30%	20%

Los cambios correspondientes se realizarán en forma automática a medida que transcurra el tiempo; además Usted podrá modificar su elección en cualquier momento

En caso negativo, por favor indique los porcentajes de asignación entre los Fondos deseados

Primas Regulares

Pesos		Dólar	
Fondo Zurich Performance	%	Fondo Zurich Performance International II	%
Fondo Zurich Money	%	Fondo Zurich Commodities	%
Fondo Zurich Competitive	%	Fondo Zurich Income II	%
Fondo Zurich Income	%	Fondo Zurich Money	%
100%		100%	

Primas Únicas

Pesos		Dólar	
Fondo Zurich Performance	%	Fondo Zurich Performance International II	%
Fondo Zurich Money	%	Fondo Zurich Commodities	%
Fondo Zurich Income	%	Fondo Zurich Income II	%
	100%	Fondo Zurich Money	%
		100%	

En caso de tratarse de un plan de primas únicas, por favor indicar el plazo de inversión previsto para su prima única inicial

8. Detalles de la Prima

(los Beneficios serán otorgados en la moneda de la Prima)

Por favor indique el detalle de la prima en VRU\$S (Valor de referencia en U\$S).

Primas regulares (Prima regular total, incluyendo cualquier Sellado sobre Primas y excluyendo el Sellado sobre Beneficios)	A
Prima única (Prima única total, incluyendo cualquier Sellado sobre Primas y excluyendo el Sellado sobre Beneficios)	B
Sellado sobre Beneficios (si es aplicable)	C
Pago inicial total	A+B+C

Plazo de pago de primas; Años

Por favor indique el plazo en años durante el cual desea pagar primas regulares (mínimo 5 años, máximo 35 años)

Tabla de porcentajes de asignación de primas según el plazo de pago de primas:

Plazo de pago de Primas en años	1º año	2º año	3º año	4º al 10º año	11º año en adelante
1	95%	97%	97%	97%	98%
2	95%	97%	97%	97%	98%
3	90%	91%	97%	97%	98%
4	88%	90%	97%	97%	98%
5	85%	90%	97%	97%	98%
6	81%	90%	97%	97%	98%
7	77%	90%	97%	97%	98%
8	73%	90%	97%	97%	98%
9	69%	90%	97%	97%	98%
10	65%	90%	97%	97%	98%
11	60%	84%	96%	97%	98%
12	55%	78%	95%	97%	98%
13	50%	72%	94%	97%	98%
14	45%	66%	93%	97%	98%
15	40%	60%	90%	97%	98%
16	38%	54%	85%	97%	98%
17	36%	48%	80%	97%	98%
18	34%	42%	75%	97%	98%
19	32%	36%	70%	97%	98%
20	30%	30%	70%	97%	98%
21	29%	30%	68%	97%	98%
22	28%	30%	66%	97%	98%
23	27%	30%	64%	97%	98%
24	26%	30%	62%	97%	98%
25 o más	25%	30%	60%	95%	98%

Frecuencia de pago de las primas regulares ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Anual

Incremento anual automático de las primas regulares

A) ¿Desea el incremento anual automático de las primas regulares?

☐ No

☐ 10%

Años

En caso de no consignar plazo, se considerará vigente hasta la finalización del plazo de pago de primas.

Los fondos destinados al pago de esta póliza tienen origen en la siguiente actividad

9. Beneficiarios (en caso de fallecimiento de la Vida Asegurada)

Apellido y nombre	Fecha de nacimiento	C.U.I.L./C.U.I.T. N°	Relación con la Vida Asegurada	%

10. Beneficiarios Contingentes

Seleccione la opción de declaración de Beneficiarios Contingentes

☐ **A.** Los Beneficiarios Contingentes serán considerados Beneficiarios de esta Póliza únicamente cuando todos los Beneficiarios que se hubieran designado en la misma hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que la Vida Asegurada.

☐ **B.** Cada Beneficiario Contingente lo será por su Beneficiario en particular y será considerado Beneficiario a los efectos de esta Póliza únicamente en caso de fallecimiento de su correspondiente Beneficiario.

Apellido y nombre del Beneficiario Contingente	Fecha de nacimiento	C.U.I.L./C.U.I.T. N°	% ⁽¹⁾	Apellido y nombre del Beneficiario designado en esta Solicitud ⁽²⁾

Si el espacio no fuera suficiente, la información restante se reflejará en la página Anexo.

1) En caso de haber elegido la opción A, será el porcentaje de la indemnización que recibirá cada Beneficiario Contingente ante el fallecimiento de la totalidad de los Beneficiarios. En caso de haber elegido la opción B, será el porcentaje de la indemnización correspondiente originalmente al Beneficiario que recibirá el Beneficiario Contingente ante el fallecimiento de aquél.

2) Sólo se completa en caso de haber elegido la opción B.

11. Autorización para débito

Los unicos sistemas habilitados para cancelar premios son los detallados en el artículo 1° de la Res. 90.2001 (o la normativa que se dicte en su reemplazo). Autorizo a Zurich International Life Limited Sucursal Argentina a solicitar el débito de mi tarjeta de crédito / cuenta bancaria por los importes correspondientes a la prima de seguro de vida según los términos acordados oportunamente. Esta autorización estará vigente hasta tanto el titular de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria notifique por escrito a la Compañía, con una antelación mayor a 30 días, su deseo de dar de baja el débito automático o directo según corresponda.

¿El titular de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito utilizada para el pago es el solicitante de la presente póliza? ☐ Si ☐ No

Si el titular de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria es distinto del Solicitante de la Póliza se deberá completar y adjuntar la Solicitud de Tercero Pagador (únicamente para los vínculos aceptados).

a) Débito automático en tarjeta de crédito (únicamente para pago de prima regular)

Nº de Tarjeta

b) Débito directo en cuenta bancaria:

[illegible]

12. Declaraciones

Declaraciones del solicitante. Intercambio Automático de Información

Presto mi conformidad para que Zurich International Life Limited Sucursal Argentina reporte periódicamente a la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y/o a otras autoridades estipuladas por la ley, información relativa a mi persona, incluyendo nombre, domicilio, fecha de nacimiento y detalles financieros relativos a la póliza.

a) Declaración de la Vida Asegurada

1) Declaro que gozo de buena salud y en tal sentido manifiesto:

a) Que actualmente no me encuentro en observación ni bajo tratamiento médico alguno ya sea por enfermedad y/o accidente y/o intervención quirúrgica o por cualquier otro motivo.

b) No estar actualmente inactivo por enfermedad y/o accidente y/o intervención quirúrgica, ni tener prevista alguna hospitalización y/o consulta médica para el futuro.

c) No padecer ni haber padecido ninguna enfermedad y/o sufrido ningún accidente y/o intervención quirúrgica y/o alteración física en los últimos 5 años.

d) No haberme sometido a un test de detección del HIV cuyo resultado haya sido positivo.

2) Entiendo que la presente Declaración es verdadera y será parte integrante de la Póliza de seguro de vida, no habiendo por mi parte ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo, cuya responsabilidad asumo íntegramente, afirmando no tener nada más que declarar con relación a mi estado de salud. Asimismo, comprendo que la falta de declaración y/o falsa declaración de todo hecho que deba ser declarado puede hacer nulo el contrato en los términos de la Ley de Seguros N° 17.418.

b) Declaraciones del Solicitante y de la Vida Asegurada

1- Las declaraciones manifestadas en esta Solicitud, sean o no de mi puño y letra, como así también la documentación acompañada son verdaderas.

2- Asimismo, dejo constancia que no he omitido información que pudiera impedir o modificar las condiciones del contrato que solicito.

3- Conozco los requisitos de información/documentación que serán solicitados, por disposición de las normas de control y prevención de lavado de dinero, al momento de cualquier pago que deba realizarse por causa o en razón de la póliza, y/o al momento de realizarse cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados.

4- Acepto recibir información periódica a través de mi correo electrónico de los productos ofrecidos por la Compañía y presto mi expreso consentimiento en los términos del art. 6 de la Ley 25.326, a la registración de los datos recabados en la presente solicitud (incluida mi dirección de correo electrónico) exclusivamente a los efectos de ser utilizados para la consideración de cualquier producto o servicio que pueda solicitar o puedan ofrecerme cualquiera de las empresas del Grupo Zurich en Argentina, no pudiendo tales datos ser utilizados para otros fines.

Por favor, indique la opción declarada:

- ☐ Me encuentro en condiciones de afirmar las declaraciones antedichas.
- ☐ No me encuentro en condiciones de afirmar las declaraciones antedichas. (Deberá completar el Cuestionario de Salud sin Exámen Médico y entregarlo adjunto con la presente solicitud).

Intercambio Automático de Información.

Domicilio de residencia fiscal del tomador

¿Tiene residencia fiscal en una jurisdicción que no sea Argentina?

☐ Sí ☐ No

Si eligió SI, complete el siguiente cuadro

¿En qué jurisdicciones tiene residencia fiscal?	Número de identificación tributaria (o número equivalente) Indique "no disponible" si su autoridad fiscal no le ha asignado un número de identificación tributaria	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
	<input type="checkbox"/> No disponible		
	<input type="checkbox"/> No disponible		
	<input type="checkbox"/> No disponible		

¿Es contribuyente, ciudadano o residente de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No

Reconozco que la información contenida en este formulario y la información sobre mi cuenta individual pueden ser reportadas a las autoridades fiscales del país en el que esté radicada y ser intercambiada con las autoridades fiscales de otro país o países en los que tenga residencia fiscal. Declaro que todas las afirmaciones contenidas en esta declaración son, a mi leal saber y entender, correctas y completas. Acepto presentar un nuevo formulario en el plazo máximo de 90 días si cualquier declaración incluida en este formulario resultase incorrecta.

Declaro bajo juramento que ☐ SI ☐ NO (Indique cual) soy Sujeto Obligado frente a la UIF de acuerdo al Art. 20 Ley 25.246.

En caso de ser Sujeto Obligado declaro bajo juramento que ☐ SI ☐ NO (Indique cual) cumplo con las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de activos y Financiación del Terrorismo.

Nota: Adjuntar constancia de inscripción ante la UIF

Declaro bajo juramento que ☐ SI ☐ NO (Indique cual) me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la Nómina de Personas Expuestas Políticamente aprobada por la Unidad de Información Financiera que he leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____
Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

13. Comunicación de privacidad y consentimiento

Comunicación de privacidad

Esta Comunicación es un resumen de nuestra Política de Privacidad que describe cómo recopilar y utilizar información como Responsable de Datos. Para consultar la versión completa, ingrese a <https://www.zurich.com.ar/es-ar/personas/proteccion-de-datos> o bien contáctese con nosotros para obtener una copia.

Información personal que utilizamos

Utilizamos información personal como el nombre y los datos de los contactos ("Datos Personales") e información personal sensible, como por ejemplo, información médica ("Datos de Categoría Especial").

¿Qué hacemos con la información personal?

Utilizamos información personal para brindar servicios, por ejemplo, para el procesamiento relacionado con:

- Establecer y gestionar un contrato de seguro
- Proveer información de marketing con consentimiento
- Cumplir nuestras obligaciones legales
- Llevar adelante nuestro negocio cuando tenemos un interés legítimo en hacerlo.

Si no contamos con información de datos personales exacta y suficiente cuando es requerida, o ante la negativa a proporcionar dicha información, no podemos ofrecer servicios. Tenga presente que en los formularios que usted complete con datos sensibles, se le informará el carácter obligatorio o no de los mismos. Los datos serán registrados y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios de las empresas del Grupo Zurich.

¿Cómo compartimos la información personal?

Recibimos información personal de, y compartimos la información personal con, otras organizaciones tales como: Zurich Insurance Group Ltd., Zurich International Life y/o cualquiera de sus compañías afiliadas, compañías que nos prestan servicios, como por ejemplo servicios de administración, proveedores de servicios médicos, Productores Asesores de Seguros.

¿Cómo transferimos información personal a otros países?

Como empresa perteneciente a un Grupo Global, garantizamos que la información personal esté protegida del mismo modo en todos los países mediante el cumplimiento de las leyes de protección de datos de la UE, de la Isla de Man, de la República Argentina (Ley 25.326 y Disposiciones de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y de la Agencia de Acceso a la Información Pública).

¿Durante cuánto tiempo conservamos información personal?

Conservamos la información personal mientras resulte necesario para cumplir los propósitos para los cuales se recopiló originalmente o bien para cumplir nuestras obligaciones legales.

Derechos de los Titulares de Datos

La persona que es la titular de la información personal (el "Titular de los Datos") posee los siguientes derechos legales:

- Acceso a la información de sus datos personales
- Actualización y rectificación de datos cuando son inexactos o incompletos
- En ciertas circunstancias, la eliminación de cierta información personal,

la restricción al procesamiento de información personal y/o la oposición al procesamiento de información personal. Esto puede tener como consecuencia la imposibilidad de emitir un contrato, procesar sus modificaciones y/o el pago de indemnizaciones o rescates

- Portabilidad de datos – obtener la información personal en un formato digital
- No estar sujeto a procesos de toma de decisiones individuales automatizadas
- Retirar el consentimiento en cualquier momento cuando el procesamiento esté basado en el consentimiento.

Usted puede ejercer sus derechos y/o si tiene motivos de queja acerca del procesamiento de datos personales puede contactarse con el Responsable de Datos en Argentina o con el Comisionado de Información de la Isla de Man, que es donde se encuentra nuestra casa matriz.

Contacto de protección de datos

- Envíe un correo electrónico a nuestro Responsable de Protección de Datos a datospersonales@zurich.com
- Escríbale a nuestro Responsable de Protección de Datos de Zurich International Life Limited, Sucursal Argentina a Cerrito 1010, C.A.B.A., Argentina, Código Postal C1010AAV.
- Zurich International Life Limited Sucursal Argentina crea un registro electrónico de datos con los datos personales que usted provee y que se encuentra registrado ante la Agencia de Acceso a la Información Pública. En este sentido, la Agencia de Acceso a la Información Pública, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes de protección de datos personales.

Consentimiento de marketing

Es posible que Zurich International Life Limited Sucursal Argentina (la Compañía), o que el grupo de compañías Zurich desee contactarlo por correo electrónico, teléfono o por otro medio apropiado en relación con productos, servicios u ofertas debidamente seleccionados que pueden ser de su interés.

☐ Yo/Nosotros doy/damos mi/nuestro consentimiento para ser contactado/s de esta forma con este fin si tildo/tildamos este casillero.

Consentimiento para datos de categoría especial

Al firmar este formulario, yo/nosotros doy/damos mi/nuestro consentimiento para que la Compañía procese mi/nuestra información médica y sanitaria y autorizamos la búsqueda y el procesamiento de información de cualquier médico que me/nos haya atendido o de cualquier aseguradora a la que se haya presentado una solicitud de seguro. Yo/Nosotros confirmo/confirmamos que tal autorización permanecerá vigente luego de mi/nuestro fallecimiento.

Retiro del consentimiento

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que donde he/hemos dado mi/ nuestro consentimiento tengo/tenemos el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento y que tal retiro no afectará el procesamiento de datos realizado con antelación a tal retiro.

Firma del Solicitante

Aclaración

Firma de la Vida Asegurada

(si no coincide con alguno de los Solicitantes)

Aclaración

14. Firma y Certificación del Productor Asesor

Certifico que el Solicitante no se encuentra comprendido, en razón de su actividad laboral declarada, en los grupos previstos en el Contrato de Productor Asesor de Seguros.

Certifico que la documentación que se acompaña es copia de su original. Certifico que las firmas insertas han sido efectuadas en mi presencia y que el Solicitante y la Vida Asegurada que se encuentra/n ante mí guarda/n similitud con la imagen de la foto de su/s documento/s de identidad.

Firma del Productor Asesor

Aclaración

N° de Productor

Matrícula S.S.N. N°

Zurich International Life Limited Sucursal Argentina CUIT 30-67965715-8
Cerrito 1010 (C1010AAV) Ciudad de Buenos Aires. Tel: 0800 333 Zurich (987424) www.zurich.com.ar

N° de inscripción en SSN
0541

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn



SSN | SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN



ZURICH®