

Solicitud de Life Planning

La presente declaración será completada electrónicamente por el Solicitante, quien lee y comprende lo establecido por la primera parte del Art.5 de la Ley 17.418 que establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cersiorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Datos del Asegurado Propuesto

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI N°: _____

CUIT/CUIL N°: _____ Correo electrónico: _____

Cel.: 0 15 Tel. fijo: 0 Nacionalidad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐

Dirección particular: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Pcia.: _____ País: _____

¿Es Ud. una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí ☐ NO ☐ me encuentro alcanzado por la Resolución UIF vigente en la materia, la que me ha sido puesta a disposición por la Compañía y declaro haber leído.

De emitirse la póliza, presto conformidad para que la misma pueda ser descargada de la página institucional de la Aseguradora, www.swissmedicalseguros.com (según el artículo 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora ("RGAA") aprobado por Resolución 38.708/2014) y complementariamente será enviada a la casilla de correo electrónico del Asegurado. De ser distinto el Tomador del Asegurado, la misma será enviada al email del Tomador.

Actividad / Profesión / Ocupación / Oficio / Industria principal desarrollada (Indique claramente las actividades que desarrolla en su lugar de trabajo): _____

Nombre de la Empresa donde desarrolla la actividad: _____

CUIT de la Empresa: _____ Ingreso anual neto estimado: _____

Datos del Tomador

Si el Tomador de la póliza es una Persona Humana, distinta del Asegurado Propuesto, indicar:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI N°: _____

CUIT/CUIL N°: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

Correo electrónico: _____

Cel.: 0 15 Tel. fijo: 0

Actividad/ Profesión/ Oficio/ Industria principal desarrollada: _____

Ingreso anual neto estimado: _____

Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección real: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Pcia.: _____ País: _____

¿Es Ud. una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí ☐ NO ☐ me encuentro alcanzado por la Resolución UIF vigente en la materia, la que me ha sido puesta a disposición por la Compañía y declaro haber leído.

Si el Tomador de la póliza es una Persona Jurídica ☐ Organismo Público ☐, indicar:

Denominación/Razón Social: _____ CUIT/CDI N°: _____

País de constitución: _____ Correo electrónico: _____

Cel.: 0 15 Tel. fijo: 0

Fecha y número de Inscripción Registral: _____ Domicilio Legal: Calle: _____

N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Pcia.: _____

País: _____

El Asegurado y/o Tomador podrán, en cualquier momento, solicitar a la Aseguradora un ejemplar en original de la documentación que nos remitiera por medios electrónicos.

Designación de Beneficiarios:

El Asegurado tiene derecho a designar uno o más Beneficiarios. La sumatoria de los porcentajes asignados no podrá exceder el 100%. Si se designaran dos o más Beneficiarios sin indicar los correspondientes porcentajes, el beneficio será prorrateado en partes iguales.

Si un Beneficiario falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecentará la de los demás Beneficiarios, si los hubiese, en forma proporcional. En caso de NO designar Beneficiarios o si la designación fuera ineficaz, el beneficio corresponderá a los herederos legales.

Datos de los Beneficiarios Primarios:

Nombre(s) y Apellido(s)	Parentesco	DNI/Pasaporte	% del Beneficio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Datos de los Beneficiarios Contingentes:

En caso de fallecer todos los Beneficiarios Primarios o que se torne ineficaz su designación, los beneficios de esta Póliza será percibidos por los Beneficiarios Contingentes, en los porcentajes determinados.

Nombre(s) y Apellido(s)	Parentesco	DNI/Pasaporte	% del Beneficio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Espacio opcional para aclaraciones:

Cobertura y Moneda

Duración: _____ años Moneda de la Póliza: \$ ☐ U\$D ☐

Beneficio por Fallecimiento: Capital Asegurado: \$ 10.000 / U\$S 5.000 (según la moneda elegida)

Opción de Beneficio: A - Nivelada

Vigencia del Seguro: La cobertura por fallecimiento solicitada en el presente formulario de Solicitud de Seguro, entrará en vigencia a las 0 (cero) horas de la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, una vez aceptado el riesgo por la misma.

Prima y modalidad de pago

Prima Inicial: _____ Prima Planeada: _____ Prima Adicional: _____

Los importes correspondientes a las primas deberán completarse en la misma moneda de elección de la Póliza y Capital Asegurado.

Seleccione frecuencia y medio de pago de acuerdo a la moneda elegida

Frecuencia:	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Modalidad de pago:	TC <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>
	DCB <input type="checkbox"/>	DCB <input type="checkbox"/>	DCB <input type="checkbox"/>	DCB <input type="checkbox"/>
		CTAR <input type="checkbox"/>	CTAR <input type="checkbox"/>	CTAR <input type="checkbox"/>

Modalidad de Pago: TC tarjeta de crédito - DCB débito en Cta. Bancaria - CTAR cuenta recaudadora.

Moneda Pesos: En caso de seleccionar el medio de pago CTAR (cuenta recaudadora) las opciones son: ICBC, Citibank (casa central), BBVA Francés, Rapipago y Banelco PagoMisCuentas.

Moneda Dólar: En caso de seleccionar el medio de pago CTAR (cuenta recaudadora) la opción es Citibank (casa central).

Suspensión de Cobertura: SMG LIFE Seguros de Vida S.A. suspenderá la cobertura si la Prima Inicial no es pagada en la fecha indicada por las Condiciones Particulares de la póliza, a partir de las 0 (cero) horas del día siguiente a la fecha de vencimiento de pago.

Autorización para débito automático por tarjeta de crédito o débito directo en cuenta bancaria

Tarjeta de Crédito

Visa ☐ American Express ☐ Mastercard ☐ Cabal ☐ Naranja ☐

Otras (Consultar a la Compañía) ☐: _____

Fecha de vencimiento: ____ / ____ N°

Débito Directo en Cuenta Bancaria

Banco: _____ Cuenta Corriente ☐ Caja de Ahorro ☐

CBU:

RESOLUCIÓN 429/00 y SUS MODIFICATORIAS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA

Art. 1° — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros 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° 21.526.
- 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 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 y 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.

Información Adicional sobre el Asegurado Propuesto - Declaración Jurada de Salud

Por favor, lea todas las preguntas cuidadosamente antes de completar la solicitud. No deje preguntas sin contestar, y en todos los casos afirmativos provea detalles en la sección "Espacio para Información Adicional".

1. ¿Es usted fumador? Sí ☐ NO ☐

2. ¿Padece o tiene usted el conocimiento de padecer algún defecto físico, lesión o enfermedad? ¿Se encuentra actualmente en tratamiento Sí ☐ NO ☐

médico? En caso afirmativo, indique fecha, diagnóstico, tratamiento y estado actual:

Espacio para Información Adicional:

Advertencia: "Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia será aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza." (Artículo 12° de la Ley de Seguros N° 17.418).

"La propuesta de contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales." (Artículo 4° de la Ley de Seguros N° 17.418).

"No podrán aplicarse exclusiones por enfermedades preexistentes conjuntamente con algún otro plazo de carencia." (Art. 25.2.3.f del Reglamento General de la Actividad Aseguradora).

Ley N° 25.326 de Habeas Data

La suscripción de la presente, excepto opción personal por escrito en contrario, importará autorizar a SMG LIFE Seguros de Vida S.A., y/o a Swiss Medical S.A. y a sus sociedades controladas, controlantes o vinculadas, a utilizar los datos no sensibles en futuras campañas de fidelización, los cuales serán resguardados según las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. El titular tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326 y complementarias).

☐ No doy mi autorización

Información complementaria requerida por las Resoluciones de la Unidad de Información Financiera (UIF) para el Tomador de La póliza Persona Jurídica – Organismos Públicos

¿Es Ud. un Sujeto Obligado ante la Unidad de Información Financiera (UIF)? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Es Ud. US Person o le aplica la ley estadounidense FATCA? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Tiene residencia fiscal en un país que no sea Argentina? ☐ SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, declare país de residencia fiscal: _____ N° de identificación tributaria: _____

Sólo en caso de que el Tomador sea Persona Jurídica o Funcionario de Organismo Público, completar datos del representante

Nombre(s) y apellido(s) del representante / funcionario a cargo de la contratación: _____

_____ DNI N°: _____ CUIT/CUIL N°: _____

¿Es Ud. una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ me encuentro alcanzado por la Resolución UIF vigente en la materia, la que me ha sido puesta a disposición por la Compañía y declaro haber leído.

Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Actividad principal: _____ Domicilio real: Calle: _____

N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Pcia.: _____

País: _____ Cel.: 0 15 Tel. fijo: 0

Correo electrónico del representante legal: _____

Nombre(s) y Apellido(s) del Productor: _____ Código/Matrícula N°: _____

Correo electrónico: _____ Cel.: 0 15

Nombre(s) y Apellido(s) del Referente: _____ N° de Legajo del Referente: _____