



FORMULARIO ARG.1488

ALTA DE SEGUROS

CARTERA DE CONSUMO - RESUMEN CONDICIONES SEGUROS

Costo del Servicio por Mes:

Tipo de Seguro	Plan	Cuota Mensual
Seguro de Cajero		\$890,00
Accidentes Personal	Plan Básico	\$6.901,00
	Plan Superior	\$9.118,00

Tipo de Seguro	Plan	Cuota Mensual
Seguro de Hogar	Plan A	\$6.418,00
	Plan B	\$10.337,00
	Plan C	\$13.472,00

CANALES HABILITADOS: los canales habilitados para solicitar el alta y baja de seguros son: Sucursal, Contact Center, Home Banking.

REVOCACIÓN: El Titular podrá revocar la solicitud de seguro dentro del plazo de (10) diez días hábiles contados desde la fecha de la solicitud. La revocación será sin costo ni responsabilidad adicional alguna para el Titular. Si el plazo vence en día inhábil, se prorroga hasta el primer día hábil siguiente.

RECLAMOS: El Banco se encuentra obligado a considerar y resolver los reclamos que reciba fundamentalmente contemplando los derechos básicos del consumidor en un plazo máximo de 10 días. En tal sentido, cualquier reclamo relacionado con el servicio aquí ofrecido, podrá interponerlo personalmente en nuestras sucursales y/o llamando al 0810-345-4999 y/o a través de www.macrobma.com.ar o Home Banking de BMA y/o por correspondencia a Av. Eduardo Madero piso 9, (C1106), C.A.B.A.

CAMBIO DE CONDICIONES: Cualquier cambio o modificación en los conceptos, condiciones, comisiones, reducción de prestaciones de servicios y/o cargos establecidos, será informado con una antelación no menor a sesenta (60) días corridos, en forma separada del resumen de cuenta. De no mediar rechazo por el Titular dentro del plazo mencionado, el Banco considerará que las nuevas condiciones tendrán vigencia al vencimiento de dicho plazo.

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LOS SEGUROS SOLICITADOS: el Cliente recibirá resumen y condiciones generales y particulares de los seguros solicitados en la póliza de seguro que provea la Cía. según corresponda.

Raíz:

N° Certificado:

Fecha: / /

Seguros solicitados (Seleccione con una cruz los tipos de seguros solicitados)

Tipo de Seguro	COBERTURA						Medio de Pago
<input type="checkbox"/> Seguro de Cajero (1)	Robo de Cajero Automático y Cajero físico: \$250.000.- (sin límite de eventos) Gastos por reposición de llaves \$12.500.- Documentos Personales \$25.000 / Muerte por accidente por robo en cajero: \$250.000.-						Costo mensual
							<input type="checkbox"/> \$890
Firma Cliente							(3) _____
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales (2)	Cobertura	Muerte por accidente	Invalidez accidente amplia	Lesiones protegidas	Reembolso de gastos médicos	Costo mensual	
	Plan Básico	\$16.049.615	\$5.145.145	\$492.211	\$215.342	Plan Básico	<input type="checkbox"/> \$6.901
Firma Cliente	Plan Superior	\$19.263.975	\$8.025.350	\$634.491	\$296.096	Plan Superior	<input type="checkbox"/> \$9.118
							(3) _____
<input type="checkbox"/> Seguro de Hogar (1)	Cobertura	Plan A		Plan B		Plan C	
	Suma asegurada total	\$15.465.000		\$37.605.000		\$46.005.000	
Firma Cliente	Costo mensual	<input type="checkbox"/> \$6418,00		<input type="checkbox"/> \$10.337,00		<input type="checkbox"/> \$13.472,00	
							(3) _____

Datos del Cliente

Nombre(s):				Apellido (s):				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento	Tipo:	DNI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número:	Fecha de nacimiento: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado / Unión Convivencial <input type="checkbox"/> Unión Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>							Número de CUIT/CUIL/CDI:		
Nacionalidad:			Lugar de Nacimiento:			Profesión:			
Teléfono:			Celular:			Email:			
<input type="checkbox"/> Acepto recibir por correo electrónico los certificados de cobertura/notificaciones de los seguros contratados a través del presente formulario.									

Domicilio (El presente se tomará como domicilio de riesgo en caso de seleccionar Seguro de Hogar)

Calle:				Núm.:	Piso:	Depto.:	CP:
Localidad:				Provincia:			

Declaración Jurada de Salud

1) ¿Sufrió o sufre de enfermedades cardiovasculares? (Hipertensión arterial, infartos, anginas de pecho, arritmias, etc.), pulmonares, gastrointestinales, genitourinarias, neurológicas o psiquiátricas? Sí / NO (Indique cuál, Fecha, Estado Actual) _____

2) ¿Padece o padeció diabetes, gota, tumores, cáncer? Sí / NO (Indique cuál, Fecha, Estado Actual) _____

3) ¿Padeció otras enfermedades no indicadas en las preguntas anteriores? Sí / NO (Indique cuál, Fecha, Estado Actual) _____

(1) Banco BMA SAU es Agente Institorio de Zürich Argentina Cía. de Seguros S.A.

(2) Banco BMA SAU es Agente Institorio de MetLife Seguros S.A.

(3) Para Uso Interno de Banco BMA SAU Cobertura sujeta a aceptación por las compañías de seguros intervinientes en el programa y exclusivo para clientes del Banco BMA SAU.

Información General.

Medios habilitados de cobranza: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- A) Entidades especializadas en cobranzas, 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 al orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

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 (CPP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10.30 a 17.30hs; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Autorizo, de haber elegido el medio de pago débito en caja de ahorro, a que se debite mensualmente de la caja de ahorro en pesos de la raíz indicada precedentemente, aún en descubierto (conjuntos con cuenta corriente), la cuota del/los Seguro/s anteriormente elegido/s. Tanto en el caso de haber contratado el Seguro de Cajero correspondiente al/los titular/es: Titular 1, Titular 2, Titular 3; como en los demás seguros, la constancia del débito en caja de ahorro es comprobante de cobertura. Declaro conocer que la falta de fondos en mi cuenta (conjuntos sin cuenta corriente) en la fecha en que se realizará el débito correspondiente ocasionará la rescisión de la cobertura.

Notificación. Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que confeccionados esta declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad. Asimismo, faculto a Zúrich Argentina Cía. de Seguros S.A. y MetLife Seguros S.A. a presentar esta autorización en el correspondiente ente de pago seleccionado.

El solicitante declara haberse notificado de las condiciones generales y particulares de los seguros solicitados, las que deberá conocer en todas sus partes y afirma que las informaciones dadas son completas y exactas aun cuando no estén escritas en puño y letra. En tal caso se compromete a pagar el premio correspondiente según la liquidación que figura más arriba. Lo antes declarado en esta solicitud se considera integrado a la póliza de seguro que cubrirá el objeto del seguro indicado en esta orden. Solicitud sujeta a aprobación por parte de la compañía de seguros, dependiendo del producto de seguros solicitado. La cobertura del Seguro solicitado quedara sujeta a la aprobación del medio de pago elegido por el cliente para el débito del premio correspondiente.

Art. 5 Ley N° 17.418 (Ley de Seguro) – Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificados sus condiciones, si el asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El/los contratante/s y/o beneficiarios adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto para las resoluciones Nro. 32/2011 y Nro 11/2011 de la Unidad de Información Financiera s/ Ley Nro 25.246 y conocen los requisitos de información que le/s serán requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación"

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.

El Cliente manifiesta expresamente su interés en recibir información de las propuestas comerciales que el Banco brinda a sus clientes, mediante cualquier modalidad y/o canal (incluyendo, pero sin limitar: teléfono, mensajería, correspondencia, medios y canales electrónicos, correo electrónico, SMS, promoción a través de terceros, etc.) y presto en este acto mi consentimiento, conforme lo establecido en la ley 25.326 de protección de datos personales, a tenor de lo cual declaro conocer y aceptar, para que mis datos personales integren la base de Banco BMA SAU, otorgando por el presente, autorización expresa para i) el tratamiento automatizado de dichos datos o información y ii) su utilización en relación con la actividad bancaria, financiera, o de servicios actuales o futuros, que desarrolle Banco BMA SAU. o cualquiera de sus subsidiarias, vinculadas, controlantes/ controladas, afiliadas y/o a terceras empresas vinculadas al mismo por acuerdos comerciales a fin de acceder a los distintos servicios y/o productos prestados por ellas . El proporcionar mis datos al Banco para estos fines no tiene carácter obligatorio, ni condiciona la contratación de servicios con el Banco. Declaro conocer y aceptar que en cualquier momento durante la relación contractual con el Banco podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación y supresión de datos de la base mencionada, regulado por los artículos 13 y siguientes de la Ley 25.326 de protección de datos personales. Para el ejercicio de tales derechos, he sido informado por el Banco que podré comunicarme sin cargo a atencionalcliente@macrobma.com.ar o al 0800-999-4828. 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 en materia de protección de datos personales.

La Agencia Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales." El responsable y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligados al secreto profesional respecto de los mismos. Tal obligación subsistirá aun después de finalizada su relación con el titular del archivo de datos. El obligado podrá ser relevado del deber de secreto por resolución judicial y cuando medien razones fundadas relativas a la seguridad pública, la defensa nacional o la salud pública. Para el supuesto que un débito automático de un seguro aceptado por el cliente no pueda ser cobrado del medio de pago seleccionado inicialmente, el cliente autoriza a la compañía de seguros a realizar el débito sobre cualquiera de los demás medios de pago que el cliente tenga activos en el Banco. Le informamos que, en caso de querer revocar la aceptación o rescindir los productos y servicios financieros contratados, cuenta con los siguientes canales habilitados para la baja: Contact Center 0810-333-6341 de lunes a viernes de 9 a 18hs., Sucursales BMA en su horario de atención y/o Home Banking las 24 horas. Los costos correspondientes al mes en el que solicite la baja serán facturados con posterioridad a la fecha de la solicitud.

