

CARTERA DE CONSUMO
Raíz:
Fecha: / /

Seguro Vida Selecta (1) (Seleccione con una cruz el tipo de seguros solicitado)

Cobertura y Cargo Mensual					Medio de Pago
Coberturas (2)	Plan A	Plan B	Plan C		
Muerte por Cualquier Causa	\$6.480.000,00	\$8.505.000,00	\$10.530.000,00		
Adicional por Muerte Accidental	\$6.480.000,00	\$8.505.000,00	\$10.530.000,00		
Invalidez total y Permanente	\$6.480.000,00	\$8.505.000,00	\$10.530.000,00		
Trasplante de Organos	\$2.160.000,00	\$2.160.000,00	\$2.160.000,00		
Enfermedades críticas	\$3.240.000,00	\$4.320.000,00	\$4.860.000,00		(3) _____
Premio Mensual	<input type="checkbox"/> \$8.292,00	<input type="checkbox"/> \$10.771,00	<input type="checkbox"/> \$13.264,00		

Datos del Cliente

Nombre(s):		Apellido (s):		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Documento	Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Pasaporte	Número:		Fecha de nacimiento: / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/ Unión Convivencial <input type="checkbox"/> Unión Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			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 de los seguros contratados a través del presente formulario.					

Domicilio

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

Declaración Jurada de Salud
SOLO ES NECESARIO COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN EN CASO DE HABER OPTADO POR EL PLAN C

- 1) ¿Sufrió o sufre de enfermedades cardiovasculares? (Hipertensión arterial, infartos, anginas de pecho, arritmias, etc.), pulmones, 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 Seguros SURA S.A.
 (2) Edad máxima de ingreso 64 años, permanencia hasta los 70 años.
 (3) Para Uso Interno de Banco BMA SAU Cobertura sujeta a aceptación por la Compañía.

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 a la 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. 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 caducidad de la cobertura.

Banco BMA SAU es una sociedad anónima según la ley argentina. Sus accionistas responden por las operaciones del Banco, sólo hasta la integración de las acciones suscriptas (Ley 25.738).

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 Seguros SURA 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 su 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 será/n 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 Holding y/o empresas del Holding Itaú 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@itau.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 Dirección 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.

