

AP POLICÍA - BANCO DE CORRIENTES

Solicitud de seguro de accidentes personales



Tomador: Banco de Corrientes S.A. La aprobación de esta solicitud queda sujeta a revisión por el departamento de suscripción de CNP Assurances.

Marcar la opción elegida:

Coberturas	Opción 1 (472)	Opción 2 (473)
Fallecimiento Accidental	\$78.000	\$130.000
Costo mensual	\$99	\$154

Además, usted contará con un beneficio sin costo de cobertura ante el robo de su arma reglamentaria hasta \$2.500-*

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: 64 años. Edad máxima de permanencia: 65 años. El costo no incluye sellados provinciales, en caso de corresponder. *Servicio prestado por Full Cober en los términos y condiciones del contrato suscripto entre CNP Assurances y tal prestador.

1. Datos del asegurado

Apellidos y nombres completos (sin iniciales):

DNI* [] LC* [] LE * [] PAS* [] CUIT/CUIL/CDI: Fecha de Nac.:/...../.....

Lugar de nacimiento:..... Nacionalidad..... Estado Civil..... Sexo:

Domicilio: Calle.....N°.....Piso: CP: Loc.: Prov.:

Ocupación: Ingreso mensual: \$..... Tel: E – mail**:

Actividad principal

*Deberá exhibir el original ante el Oficial de Cuentas del Agente Institorio.

***Presto conformidad a descargar la póliza solicitada así como toda información y documentación referida a este seguro a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mi declarado. Asimismo declaro que el correo electrónico declarado en la presente solicitud es un medio válido para la entrega de dicha documentación y la recepción de cualquier información/ notificación por parte de la compañía. Tomo conocimiento que podré solicitar a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos. En los términos del artículo 6 de la ley N° 25.326 autorizo a CNP a archivar mis datos personales incluidos en la presente solicitud en su base de datos. A su vez, SI/ NO (tachar lo que no corresponda) autorizo a CNP a contactarme con fines publicitarios, y/o a ceder dichos datos en forma onerosa o gratuita a terceras personas a los efectos de que éstas me contacten con fines promocionales y para que CNP y/o terceros a quien éste les haya transferido mis datos remitan periódicamente a mi domicilio y/o correo electrónico información relativa a promociones, ofertas, marketing y/o cualquier tipo de información comercial o publicidad de CNP o de terceros. 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 art. 14, inc. 3 de la Ley N° 25.326. 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.

¿Posee otro seguro de vida o accidente en CNP Assurances? Sí (Anexo I) No

¿Posee otro seguro de vida o accidente en otra compañía? Sí No

Compañía: Suma Asegurada:

2. Designación de beneficiarios

	Apellido y Nombre Completo (Sin iniciales)	C.U.I.T./C.U.I.L.	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Vínculo	%
1						
2						
3						

Declaro bajo juramento (marcar con una X según corresponda)

1. ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No

2. ¿Tiene algún tipo de incapacidad física? Sí No

En caso de dar alguna respuesta afirmativa, indique el N° de referencia y señale diagnóstico, tratamiento indicado, fecha de inicio, médico que lo asiste / asistió (nombre y apellido, domicilio y teléfono)

El artículo 5° de la Ley N°17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace NULO el seguro. Autorizo a la Compañía Aseguradora a solicitar informes acerca de mi salud a los médicos que me han asistido o que me asistan en el futuro, en cuanto se relacionen con este seguro, relevándolos de la obligación de guardar secreto profesional.

voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

RIESGOS NO CUBIERTOS COMUNES: Se excluyen expresamente de este seguro: a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia; b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias medicamentosas, no prescritos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas; d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado; e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado; f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico; g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares; h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esquí o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos; i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas; j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros; k) Manipulación de explosivos; l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura); m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades; n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa; o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CARGAS DEL ASEGURADO: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

COBERTURA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, CNP abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Para obtener este beneficio deberá presentar Copia legalizada de partida de Defunción del asegurado, certificado médico detallando causas de fallecimiento y cuando los beneficiarios fueran los herederos deberá presentar testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez.

En caso de siniestro deberá comunicarse al Centro de Atención al Cliente de CNP 0800-7777-267 o con el Tomador de la póliza Banco de Corrientes S.A., a fin de que le indiquen el procedimiento a seguir.

DERECHO DE REVOCACIÓN: El Asegurado tiene el derecho irrenunciable de revocar su adhesión dentro de los diez (10) días de que la Compañía haya aceptado la presente solicitud. Si el plazo vence en día inhábil, su derecho se proroga al día hábil siguiente. La revocación debe ser notificada al asegurador por escrito o medios electrónicos o similares dentro del plazo de diez (10) días indicados. En caso de ser ejercido en tiempo y forma este contrato quedará sin efecto y se devolverá la prima abonada en forma íntegra, salvo que hubiere sido reportado un siniestro con anterioridad (conf. artículos 1110-1111-1112-1113 CCC).

X.....

Firma y aclaración del asegurable

Asesor – Agente Institorio Banco de Corrientes S.A.

Nombre y Apellido del C.F./Ejecutivo:

Firma.....

Código Consulta Financiero:

Sucursal de Venta N°..... Vinculante N°

Sucursal de Pago N°.....

BANCO DE CORRIENTES S.A., CUIT 30500010602, opera como agente institorio de CNP Assurances, inscripto en el Registro de Agentes Institorios de la SSN bajo el N° 36