

PROTECCIÓN CORRENTINA - BANCO DE CORRIENTES

Solicitud de seguro de vida



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 TITULAR (prod. 480)	Opción 6	Opción 7
Fallecimiento por cualquier causa	\$113.750	\$162.500
Invalidez Total y Permanente del titular*	\$113.750	\$162.500
Pérdidas Parciales por Accidente*	\$113.750	\$162.500
Doble indemnización por Muerte Accidental*	\$113.750	\$162.500
Enfermedades terminales del titular**	\$56.875	\$81.250
Trasplantes**	\$34.125	\$48.750
Hijo Póstumo*	\$22.750	\$32.500
Costo mensual titular	\$137	\$196

Coberturas CÓNYUGE (prod. 481)	Opción 6	Opción 7
Fallecimiento por cualquier causa*	\$56.875	\$81.250
Continuidad del cónyuge*	\$56.875	\$81.250
Enfermedades terminales cónyuge**	\$28.438	\$40.625
Costo mensual cónyuge	\$69	\$98

Edad mínima de ingreso del titular: 18 años. Edad máxima de ingreso del titular: 74 años. Edad máxima de permanencia: hasta 75 años. Edad mínima de ingreso cónyuge: 18 años. Edad máxima de ingreso cónyuge: 64 años. Edad máxima de permanencia cónyuge: 65 años. *Las cláusulas adicionales caducan al cumplir el asegurado 65 años de edad. El costo no incluye sellados provinciales. **Período de carencia de la cobertura: 60 días.

1. Datos del asegurable

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 Insitorio.

**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.

2. Designación de beneficiarios

	Apellidos y nombres completos (sin iniciales)	Tipo y N° de Documento	Vínculo	%
1				
2				
3				

Cláusula adicional del cónyuge: Sí No El beneficiario del cónyuge será el titular principal.

Nombre y apellido del cónyuge:

DNI* [] LC* [] LE* [] PAS* [] Fecha de nacimiento:

El artículo 5° de la Ley N°17.418 establece que toda declaración falsa o retención, 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

utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular; 6. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos; 7. Práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, aladeltismo, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de animales no domesticados y de fieras, paracaidismo u otras actividades de análogas características a las mencionadas en este inciso; 8. Dedicación profesional al acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, préstamos onerosos en calidad de prestamista, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características; 9. Abuso de alcohol y/o drogas; 10. Uso de estupefacientes y/o narcóticos, salvo en caso de prescripción médica; 11. Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte; 12. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; 13. Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del asegurado, así como las de la Compañía Aseguradora, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes; 14. Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiere participado como elemento activo; revolución; 15. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional del Asegurado, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes; 16. Intervenciones médicas ilícitas.

RIESGOS CUBIERTOS: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: La Compañía Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que acredite encontrarse incapacitado, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad, en los términos que se caracterizan taxativa y excluyentemente en el Artículo 2º de esta cláusula como incapacidad cubierta y siempre que este estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo. En caso de incapacidad como consecuencia de un accidente, su primera manifestación debe experimentarse dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso. A los efectos de esta cobertura adicional, se entiende por incapacidad cubierta, única y exclusivamente a aquella producida por: 1) La pérdida anatómica o funcional no recuperable, no rehabilitable o no readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica, de dos de los cuatro miembros. 2) La imposibilidad de deambular por sí mismo, no curable, no rehabilitable o no readaptable, aún con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de la técnica. 3) Aquellas afecciones que de manera permanente impidan permanecer en posición activa de sentado. 4) La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función renal, no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico. Se excluye ano contra natura temporario o definitivo. 5) La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica (lentes, etc.). 6) Los procesos psicóticos de larga evolución, refractarios a los tratamientos actuales, o en estado demencial. Se excluyen los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos, ambos si fueran pasibles de franca remisión con tratamiento específico. 7) Las afecciones cardiovasculares cuando determinen la aparición ante el mínimo esfuerzo de disnea o angor, cuya reversibilidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico. 8) Las insuficiencias respiratorias con disnea de reposo en forma constante e irreversible. Se excluyen expresamente las incapacidades temporales y las incapacidades ocurridas con anterioridad a la vigencia de esta cláusula adicional, aunque el estado incapacitante recién se manifieste durante la vigencia de la misma. Asimismo, se excluye cualquier otra incapacidad que no esté comprendida en este Artículo, aunque se haya calificado en proceso administrativo o judicial como total, permanente o irreversible y aunque correspondan a una enfermedad o accidente de trabajo o hayan dado lugar al otorgamiento de beneficios jubilatorios por invalidez o con motivo de la norma contenida en el art. 212 de la ley 20.744 de contrato de trabajo. **RIESGOS NO CUBIERTOS:** rigen las mismas exclusiones que para la cobertura por fallecimiento.

RIESGOS CUBIERTOS: PÉRDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTE: Cláusula Adicional indemnizaciones adicionales por accidentes sujetas a los términos y condiciones de póliza. Cubre al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente. Comprobado el accidente, se abonará al Asegurado, el porcentaje del capital asegurado que establece la escala que se encuentra en las Condiciones Generales de la póliza según el grado de pérdida. El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

RIESGOS CUBIERTOS: INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL: CNP concederá este beneficio cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los 180 días del suceso o accidente. **RIESGOS NO CUBIERTOS:** rigen las mismas exclusiones que para la cobertura por fallecimiento y Pérdidas Parciales por Accidente.

RIESGOS CUBIERTOS: ENFERMEDADES TERMINALES: La Compañía Aseguradora abonará el beneficio previsto por esta Cláusula en caso de diagnosticarse al Asegurado una enfermedad terminal. A efectos de esta Cláusula se entiende por enfermedad terminal a aquella condición por la cual se le pronostique al Asegurado una expectativa de vida no mayor a seis (6) meses **RIESGOS NO CUBIERTOS:** Rigen las mismas exclusiones que para la cobertura por fallecimiento

RIESGOS CUBIERTOS: TRASPLANTES: CNP concederá el beneficio cuando el Asegurado sea sometido al trasplante de alguno de los órganos vitales que se mencionan a continuación, siendo el Asegurado el receptor del órgano: Corazón, Pulmón, Corazón-Pulmón, Médula Ósea, Hígado, Riñón. Esta cobertura se otorgará a todos los Asegurados que a la fecha de admisión al seguro no hayan cumplido 60 años de edad. **RIESGOS NO CUBIERTOS:** Rigen las mismas exclusiones que para la cobertura por fallecimiento.

RIESGOS CUBIERTOS: COBERTURA HIJO PÓSTUMO: En el caso que, con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, su cónyuge diera a luz un hijo póstumo, CNP abonará el capital asegurado. Para percibir este beneficio, se requerirá que el nacimiento del hijo póstumo ocurra en un plazo que no exceda de los 270 días corridos contados desde la fecha de fallecimiento del Asegurado, y se deberá presentar la partida de nacimiento debidamente autenticada y legalizada. A los efectos de esta cobertura se extiende el concepto de cónyuge al conviviente del Asegurado, siempre que hayan convivido por lo menos durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta Cláusula. Este plazo se reducirá a dos (2) años cuando existan hijos de esa unión.

RIESGOS CUBIERTOS: COBERTURA CONTINUIDAD DEL CÓNYUGE: El cónyuge del Asegurado que se hubiera incorporado a este seguro, podrá optar, en caso de fallecimiento del Asegurado principal, por continuar asegurado bajo esta póliza de seguro de vida colectivo, siempre que hubiera estado asegurado por un plazo no inferior a seis (6) meses previo al fallecimiento del asegurado titular.

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 Consultor 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.