

Solicitud Seguro Protección Plena

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega: escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

Ley N° 17.418 - Artículo 5° (Primera Parte) - "Todo 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 la Compañía hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

La presente Solicitud de Adhesión está sujeta a todas las reglas, cláusulas y exclusiones de las Condiciones Particulares de la póliza **200.168**

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres completos: _____
 Documento (tipo y N°) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: ____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Tel. Alt.: _____
 Actividad/Profesión: _____ Estado Civil: _____
 E-mail: _____

Datos del Medio de Pago

Autorizo por medio de la presente a debitar el costo mensual del seguro del medio de pago indicado debajo.

Tarjeta de Crédito: Marca _____ Número Tarjeta (16 dígitos) _____

Cuenta Cte. /Caja Ahorro: N° _____

Personas Asegurables: Clientes del Banco Columbia

Moneda: Pesos

Costo Mensual del seguro: **\$ 99.90 (pesos noventa y nueve con 90/100)**

Detalle de Cobertura y Sumas Aseguradas:

Cobertura	Mínima Edad de Ingreso	Máxima Edad de ingreso	Máxima edad de Permanencia	Suma Asegurada
Básica (Fallecimiento)	18 años (inclusive)	64 años (inclusive)	65 años (exclusive)	\$ 55.500
Muerte Accidental	18 años (inclusive)	64 años (inclusive)	65 años (exclusive)	\$ 55.500

RIESGO CUBIERTO – MUERTE ACCIDENTAL – CONDICIONES ESPECÍFICAS.

El Asegurador, a cambio del pago de las extraprimas correspondientes, concederá el beneficio que acuerdan estas condiciones específicas 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 la voluntad del Asegurado y, siempre que:

- (i) El fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente.
- (ii) Se hayan adoptado todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente o suceso.
- (iii) El fallecimiento ocurra durante la vigencia de esta cobertura adicional estipulada en las condiciones particulares y en el certificado individual para esta cobertura adicional.

Enfermedades Preexistentes: El Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjere como consecuencia de una enfermedad preexistente que, luego de vigente el Certificado Individual y durante el plazo de carencia de 180 días, le provocara directa o indirectamente la muerte. Se entiende por enfermedad preexistente la que el Asegurado padeciere desde antes de la emisión de su Certificado Individual.

La presente solicitud no implica la aceptación por parte de Colón Compañía de Seguros S.A., con domicilio sito en la calle Cerrito 866 6° piso C.A.B.A., teléfono: 0810-222-6566 (en adelante La "Compañía" o el "Asegurador" indistintamente). La presente solicitud entrará en vigencia cuando fuera aceptada expresamente por La Compañía o cuando se produzca el primero de los siguientes actos: (i) se emita el certificado de incorporación y/o la póliza a nombre del solicitante (ii) se comunique la aceptación al solicitante mediante comunicación telefónica de La Compañía. La Cobertura que por la presente se solicita caduca por fallecimiento del Asegurado, por falta de pago de la prima, por cancelación del medio de pago.

Designación de Beneficiarios:

Sr. Asegurado: designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito sin ninguna otra formalidad detallando lo siguiente: Nombre y Apellido, Documento, Relación con el Asegurado y porcentaje de participación. Cuando el asegurado no designe beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos legales (Art. 145 Ley N° 17.418)

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la cobertura Muerte Accidental, los fallecimientos ocurridos como consecuencia de:

1. Participación como conductor o como integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción de sangre, justas hípicas, salto de vallas o carreras con obstáculos.
2. Participación en empresa criminal.
3. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con

manipuleo de armas, de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.4. Operaciones o viajes subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular con itinerario fijo o en "vuelos charter" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, para prestar servicios de transporte aéreo regular. 5. Participación en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la República Argentina, siempre que el siniestro fuera causado por un hecho de guerra. En caso de guerra que comprenda a la Nación Argentina las obligaciones tanto de parte del Asegurador como del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dicte la autoridad competente.6. Práctica de deportes o actividades peligrosas como escalamiento de montañas, esquí acuático o de montaña, caza, motonáutica, práctica de paracaidismo, aladeltismo, prácticas de vuelo con o sin motor, bungee jumping, snowboard, surf, rafting, parapente, esquí, ciclismo de montaña, kitesurf, windsurf, planeador o soaring, sandboard, piragüismo o canotaje, globo aerostático, buceo deportivo.7. Todo riesgo derivado de reacciones nucleares, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, reacciones químicas biológicas, bacteriológicas, epidemias, pestes u otros fenómenos naturales de características catastróficas.8. Accidente que el Asegurado por acción u omisión provoque dolosamente o con culpa grave. 9. abuso de alcohol o narcóticos, consumo de todo tipo de drogas, estupefacientes, enervantes, estimulantes, alcaloides, excepto que fueran utilizados bajo prescripción médica.10. Duelo o riña, salvo que se trate de legítima defensa.11. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular (excluyendo huelga), cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.12. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.13. Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia.14. Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.15. Accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o bicis, triciclos o cuatriciclos a motor.16. Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier otro elemento radioactivo.17. Acto ilícito provocado deliberadamente por el Beneficiario, por el importe que le pudiera corresponder como beneficio del seguro.18. Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza y origen, no motivadas por un accidente indemnizable.19. Intervenciones quirúrgicas no motivadas por el accidente.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Asegurado podrá comunicar a través de nuestro Centro de Atención al 0810-22-26566 o de nuestra página web www.colonseguros.com.ar, el acaecimiento del siniestro dentro de los tres 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. En caso de pactarse un plazo mayor al indicado, ello se indicará expresamente en las Condiciones Particulares.

Además, el Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. El Asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el Asegurado.

PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO.

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria a que se refiere la Cláusula precedente. La omisión de pronunciarse importa aceptación.

RESCISIÓN

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causas. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 15 días, salvo que se pacte expresamente un plazo mayor con el Asegurado. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro. Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas a corto plazo.

Comunicación al Asegurado: Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas) o 0-800-666-8400, en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Si el texto de la póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. Si encuentra que algún dato consignado debería ser modificado, comuníquese con nuestro Centro de Atención al 0810-22-26566

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 Nro 25.326.

La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la ley 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 Solicitante declara bajo juramento que la información consignada en la presente Solicitud es correcta y completa y que ha confeccionado la misma sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad

Firmado en _____, el _____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante

Aclaración de la firma

Firma del Agente

Aclaración de la firma

COBERTURA DE SEGUROS BRINDADA POR COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. A TRAVÉS DEL BANCO COLUMBIA EN SU CARÁCTER DE AGENTE INSTITORIO.