

Solicitud Seguro Bolso Protegido

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 900.183

Datos del Solicitante:

Apellidos y nombres completos: _____
 Documento (tipo y N°) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Tel. Alt.: _____
 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 noventa centavos)

Detalle de Cobertura y Sumas Aseguradas:

Cobertura	Suma Asegurada Total por Año de Cobertura (en Pesos)	Suma Asegurada Máxima 1° Evento (en Pesos)	Suma Asegurada Máxima 2° Evento (en Pesos)
Robos de Efectos Personales Integral	Cartera/Bolso y otras pertenencias \$ 9.850	\$ 5.150	\$ 4.700
Robo/Hurto/Extravío de la Tarjeta*	\$ 6.400	\$ 3.200	\$ 3.200
Impresión Múltiple de Vales*	\$ 6.400	\$ 3.200	\$ 3.200
Clonación de Tarjetas*	\$ 6.400	\$ 3.200	\$ 3.200

*Horas previas de cobertura desde denuncia en tarjeta emisora: 48

Cantidad máxima de eventos por año: 2

La presente solicitud no implica la aceptación por parte de Colón Compañía de Seguros S.A., con domicilio sito en la calle Cerrito 866 6to. 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.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

A los efectos de esta cobertura, no constituyen bienes objeto del seguro, los siguientes:

a) Bienes consumibles o perecederos (incluyendo pero no limitado a alimentos, medicamentos, perfumes, combustibles, explosivos). No obstante, estarán cubiertos los maquillajes. b) Dentaduras o puentes dentales, miembros ortopédicos, audífonos de cualquier tipo y en general cualquier equipo médico que sea empleado por razones de salud por el Asegurado. c) Moneda (papel o metálica), en la medida que no se encuentre expresamente cubierta, oro, plata y otros metales preciosos, alhajas, joyas, perlas y piedras preciosas no engarzadas, estampillas, billetes de lotería o entradas a eventos, admisión o entretenimientos, manuscritos, documentos, cheques de viajero, pasajes de transporte, cupones de gasolina, papeles de comercio, títulos, acciones, bonos, y otros valores.

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la presente cobertura, salvo pacto en contrario, las siguientes exclusiones:

a) Efectos Personales que no se encuentren dentro de la definición de la Cláusula 1 de las presentes Condiciones Específicas. b) Documentos Personales o Tarjetas que se encuentren vencidos o sin validez al momento del siniestro. c) Cuando el delito haya sido instigado o cometido por o en complicidad con cualquier miembro de la familia del Asegurado o personas allegadas. d) Efectos Personales que han sido abandonados y descuidados en un lugar donde el público en general tiene acceso. e) Efectos Personales que se encuentren sin custodia personal directa en un vehículo de transporte público o privado, salvo que estuvieran en el baúl u otro compartimento similar debidamente cerrado con llave y no pudieran ser vistos desde el exterior.

Tarjeta de crédito/Débito: Robo, Hurto o Extravío de la tarjeta/Impresión múltiple de vales/Clonación de tarjetas: Queda expresamente establecido que no se considerarán a efectos de la indemnización, los montos correspondientes a gastos de administración o cargos de

emisión del resumen; limitándose el importe a reintegrar al Asegurado al monto de los consumos y/o retiros o adelantos de dinero que no hayan sido reintegrados por la entidad emisora de la tarjeta asegurada.

Se adjunta a la presente solicitud la **GUIA INFORMATIVA DE ADVERTENCIA AL ASEGURADO** (Anexo I)

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

Firmado en _____, el _____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante Aclaración de la firma Firma del Vendedor 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 INSTIOTORIO.