

Solicitud de Alta del Seguro

Solicitud N°

Fecha Ingreso:

Plan: **<SELECCIONAR>**

Producto: **Vida**

Compañía: **SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.**

Solicito la contratación del Seguro "VIDA" de conformidad con los términos, riesgos y coberturas detalladas en la presente solicitud y los que resulten de la respectiva póliza emitida por **SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.**

Autorizo el cobro de las primas del seguro solicitado por medio de débito en cuenta/tarjeta aquí indicada.

Tomo conocimiento de que podré consultar las condiciones de aseguramiento en www.bancopatagonia.com.ar, y requerir la copia de la respectiva póliza a SMG, sin perjuicio de que la misma me será remitida a mi domicilio postal/electrónico (denunciado en el apartado contacto) dentro de los 7 días a partir de su emisión.

Asimismo me notifico que a partir de la emisión de la póliza y hasta los 30 días posteriores podré dar de baja la cobertura sin cargo y con devolución de las primas abonadas.

Vigencia desde: hasta:
 Sucursal:
 Vendedor:

Datos del Solicitante

Apellido y Nombre:

Tipo de Documento: Número:

Categoría: **<SELECCIONAR>**

Sexo:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio

Tipo:
 Calle: N°: Piso: Dpto:
 Localidad: Cod. Postal:
 Provincia: País:

Contacto

Mail:
 Teléfono Part.: Teléfono Cel.:

Coberturas

Plan	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan VIP 1	Plan VIP 2
Muerte por cualquier causa	\$ 5.500.000	\$ 7.400.000	\$ 10.100.000	\$ 15.650.000	\$ 24.000.000	\$ 30.700.000	\$ 34.900.000	\$ 45.900.000	\$ 73.600.000
ITP por enfermedad o accidente	\$ 5.500.000	\$ 7.400.000	\$ 10.100.000	\$ 15.650.000	\$ 24.000.000	\$ 30.700.000	\$ 34.900.000	\$ 45.900.000	\$ 73.600.000
Pérdidas parciales por accidente	\$ 5.500.000	\$ 7.400.000	\$ 10.100.000	\$ 15.650.000	\$ 24.000.000	\$ 30.700.000	\$ 34.900.000	\$ 45.900.000	\$ 73.600.000
Asistencia Seguro de Vida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida

Datos de la forma de pago

Titular de la forma de Pago:
 Tipo Doc.: N° Doc:
 Forma de Pago:
 Nro de Cuenta:



Premio Mensual **<SELECCIONAR>**
Cantidad de Cuotas: **12**

Beneficiarios

- 1) Apellido y Nombre: % Beneficio:
Parentesco: Tipo Doc: Fec. Nac.
Domicilio: Nº Piso: Dpto.
Localidad: C.P Provincia
- 2) Apellido y Nombre: % Beneficio:
Parentesco: Tipo Doc: Fec. Nac.
Domicilio: Nº Piso: Dpto.
Localidad: C.P Provincia

Declaración Jurada de Salud

¿Sufríó o sufre de enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, anginas de pecho, arritmias, etc.), pulmonares, gastrointestinales, genitourinarias, neurológicas o psiquiátricas? **<SELECCIONAR>**

¿Padece o padeció diabetes, gota, tumores, cáncer? **<SELECCIONAR>**

¿Padeció otras enfermedades no indicadas en las preguntas anteriores? **<SELECCIONAR>**

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y recoge las respuestas que ésta ha dado a las preguntas en él formuladas. Manifiesta expresamente haber leído su contenido antes de firmarlo, siendo el mismo, el fiel reflejo de las contestaciones que ha dado.

Por la presente autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.

Fui informado de la facultad que poseo de designar beneficiarios, comunicándome al Centro de Atención a Clientes al 0800-222-7854 de Lunes a Viernes, de 9 hs a 18 hs. En caso de no declarar beneficiarios se considerarán por tales a los herederos.

Los datos personales ingresados en esta solicitud revisten el carácter de declaración jurada y podrán ser utilizados para fines de registro, control y cumplimiento de obligaciones derivadas de esta Solicitud y los que resulten consecuencia de la normativa específica del Banco Central de la República Argentina y restantes organismos administrativos (conforme ley 25.326).

Presto conformidad para que dichos datos sean recolectados, almacenados, procesados y utilizados por el Banco para comunicar, publicitar u ofrecerme productos y/o servicios comercializados por el Banco, sus afiliadas, subsidiarias o asociadas y/o terceros con quien el Banco mantenga relaciones contractuales

A su vez, presto conformidad para proporcionar a SMG información y/o documentación relativa a mis datos personales.

Declaro haber sido informado de derecho de acceder, rectificar y/o cancelar, mis datos personales, ante la Agencia de Acceso a la Información Pública (AAIP) o ante Banco Patagonia S.A.

Por último me informo que la AAIP, 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.

Banco Patagonia actúa como Agente Institorio de SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. encontrándose inscripto en el Registro de Agentes Institorios de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) bajo el número 76.

SMG Compañía Argentina de Seguros S.A es una sociedad anónima autorizada a operar por la SSN. Número de Inscripción en el registro correspondiente de la SSN 0002.

CUIT: 30-50003196-0 Domicilio: Av. Corrientes 1865 PB (C1045AAA) Buenos Aires, Argentina.

Centro de Atención a Clientes: 0800-222-7854 de lunes a viernes de 9 hs a 18 hs.

Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN)

Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 (C1067ABC), C.A.B.A.

Centro de atención telefónica: 4338-4000 o 0800-666-8400

www.ssn.gob.ar

Firma Titular F.Pago

Aclaración:

Tipo y Nro. de Doc.:



SEGURO DE VIDA



TUS DATOS



Fecha:

Nombre y apellido:

DNI:

Correo electrónico:

¿QUÉ TE CUBRE?



PLAN

- Muerte por cualquier causa \$
- ITP por enfermedad o accidente \$
- Pérdidas parciales por accidente \$
- Asistencia Seguro de Vida **Incluida**

La cobertura se registrará por los términos, riesgos y coberturas detalladas en la solicitud de alta y en la póliza.



te enviará la póliza a tu mail dentro de los 7 días hábiles desde su emisión.

¿CUÁL ES EL COSTO ACTUAL?





\$ (Pesos) por mes.

Se debita de tu cuenta o tarjeta de crédito.

¿QUÉ PASA SI ME ARREPIENTO O QUIERO DAR DE BAJA EL SEGURO?



CANALES PARA LA BAJA

- Sucursales.
- Patagonia eBank.

CANALES DE ATENCIÓN PARA CONSULTAS Y RECLAMOS

PATAGONIAe Bank BANCOPATAGONIA

Sucursales y Cajeros | Ayuda y canales de atención | [Contactanos](#)

Accediendo desde Patagonia eBank

atencionclientes@bancopatagonia.com.ar

0800 777 8500

En cualquiera de nuestras sucursales en el horario de atención al público.

FIRMA

