

SOLICITUD INDIVIDUAL DE COBERTURA

SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO



Solicito ser incluido en el Plan de Seguro Colectivo de Sepelio – Cobertura Reintegro de Gastos de Sepelio por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las condiciones convenidas con la aseguradora BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros, CUIT N° 30-68082752-0, Leandro N. Alem N° 530 piso 1, Ciudad A. de Buenos Aires, (011) 5236-4300, a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Art. 5 Ley N° 17.418 (Ley de Seguros): "Toda declaración falsa o 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 el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Cobertura	Suma máxima asegurada	Hasta \$20.000	
	Edad máxima de ingreso	64 años	
	Edad máxima de permanencia	99 años	
	Período de carencia	30 días	
	Costo del seguro por persona	Menores de 60: \$35	60 a 64 años: \$75

Tomador: Parque Azul S.R.L. | CUIT 30-67865183-0 | Ruta 5 Km 9, Los Cedros, Provincia de Córdoba | CP 5101 | Responsable Inscripto | 0810-122-7277 | consultas@parque-azul.com.ar | Pompas fúnebres y servicios conexos

DATOS DEL TITULAR

Nombre y Apellido: _____ Sexo: M F N° Solicitud: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo y N° Doc.*: _____ Ocupación: _____ CUIL/CUIT: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Barrio: _____ CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Celular: _____

Cond. IVA: _____ e-mail: _____

*Deberá exhibir el original del documento ante el Agente / Asesor.
 Por la presente, presto conformidad a recibir la póliza solicitada así como la información y documentación de este seguro a través de la página web www.beneficioweb.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podrá solicitar a BENEFICIO 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 BENEFICIO a archivar mis datos personales incluidos en la presente solicitud en un base de datos, y autorizo a BENEFICIO 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 BENEFICIO 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 o cualquier tipo de información comercial o publicidad de BENEFICIO 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 Comisión 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.

DETALLE DE ASEGURADOS*

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo asegurado que se detalla a continuación:

Nombre y Apellido	Parentesco	Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento

*Grupo cubierto - Personas asegurables: El asegurado titular deberá declarar al tomador la identidad de los beneficiarios incorporados al seguro y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones en el grupo asegurado declarado.

PREMIO \$ _____

DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO _____

Nombre de la Tarjeta de Crédito: _____ Número de la Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Apellido y Nombre del Titular de la Tarjeta de Crédito

Tipo y Número de Documento

Firma del Titular de la Tarjeta de Crédito

PREVENCIÓN DE LAVADO DE DINERO

Declaro bajo juramento que los fondos que he ingresado o que ingresaré a esta empresa por las operaciones que realice son lícitos y provienen de la actividad que desarrollo y he declarado en los formularios de vinculación correspondientes o de otras fuentes lícitas. Pongo a su disposición la documentación respaldatoria del origen de los fondos. Asimismo, tomo conocimiento de que los datos consignados en la presente solicitud me son requeridos en cumplimiento de la Resolución N° 230/2011 UIF, y declaro conocer que, en función de dicha normativa, BENEFICIO se encuentra facultado a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de sus disposiciones. Comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

A su vez, me comprometo a informar a esta empresa en caso de ser funcionario público (PEPs), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previstos en las Resoluciones 11/2011 y 52/2012 de la Unidad de Información Financiera (UIF).

Ante cualquier consulta le agradeceremos se comuniquen al 0810-122-7277. Para Urgencias 24hs. comuníquese al (0351) 156-504444

Asimismo, me comprometo a mantener actualizados los datos precedentemente informados y a proporcionar a Beneficio la información y/o documentación actualizada, ante cualquier modificación que en dichos datos se produzca, dentro de los treinta (30) días de ocurrida. (Sólo para casos de sujetos obligados) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN: En los términos del artículo 6° de las Condiciones generales comunes del seguro colectivo de sepelio admitida la incorporación del Asegurado, la Aseguradora, proporcionará por intermedio del Tomador un Certificado Individual de Cobertura, en el que se establecerán los derechos y obligaciones de las partes, el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de entrada en vigor y demás datos, tanto del Asegurado Titular como de los Asegurados Familiares en caso de corresponder, de acuerdo a la reglamentación vigente.

RIESGO CUBIERTO: La presente cobertura tiene por objeto reintegrar los gastos que demande la prestación del servicio de sepelio de acuerdo a las descripción de las condiciones particulares, realizado en cualquier punto del país por alguna de las empresas fúnebres según condiciones de póliza.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO A PRESTAR: El servicio contará con sala velatoria, capilla ardiente, atriles porta coronas, ataúd bóveda dos paneles lustrado color nogal o caoba. Traslado en furgón sanitario desde el lugar de fallecimiento al lugar del velatorio (Radio máximo de 30 KM) carroza fúnebre, traslado al cementerio local (radio máximo 30 km). Gestión en Municipalidad y registro Civil. Coche acompañante, chofer y personal uniformado, aviso en diario local (sin foto) atril con pergamino recordatorio en sala. Servicio de cafetería y azafata de sala.

Se declara nula toda cesión endoso reemplazo o transferencia de cualquier naturaleza de los derechos y deberes que emergen del presente a nombre de los solicitantes y/o beneficiarios. El Servicio de Sepelio será prestado a través de casas velatorias de primer nivel.

Los familiares del fallecido deberán contratar los servicios sólo a través de las empresas fúnebre según condición de póliza, para lo cual deberán previamente dar a visto a PARQUE AZUL al número de guardia detallado en esta solicitud. Si los familiares o el/los solicitantes desearan mayor solemnidad, se requiera de otras características especiales en el servicio fúnebre, o se requiera traslado superior a los 30 km, serán por cuenta de los mismos el mayor precio. Incluye cremación en caso de requerirse.

EXCLUSIONES DE COBERTURA: La Aseguradora no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas: a) Suicidio voluntario, salvo que el certificado individual de cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia del mencionado certificado. b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado. c) Participación en empresa criminal. d) Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIO: Se conviene que el premio de la cobertura contratada en la presente solicitud, será pagado mediante débito automático en la tarjeta de crédito mencionada al frente.

El premio anual (fraccionado en forma mensual) de este seguro deberá pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación, por alguno de los medios de pagos habilitados. En el caso de fraccionamiento del pago de la prima, la primera de ellas deberá contener además el equivalente al total del IVA. La Aseguradora concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a 30 días corridos) para el pago del premio, sin recargos de intereses. Durante este plazo la póliza continuará en vigor. Si dentro de éste plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido. Para el pago del primer Premio o fracción de premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha inicio de vigencia de la póliza. Para el pago de los premios siguientes, el plazo de gracia correrá a partir de la hora cero (0) del día que vence cada uno de dichos premios. Vencido el plazo de gracia para el pago del premio exigible, sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente "Suspendida" desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. El plazo máximo de suspensión de la póliza, será de sesenta (60) días corridos contados a partir de la hora cero (0) del día siguiente al vencimiento del plazo de gracia. Sin embargo el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor de la Aseguradora como penalidad. La cobertura sólo podrá rehabilitarse dentro de los noventa (90) días corridos, contados desde la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe total adeudado. Una vez vencido el plazo máximo de suspensión (60 días corridos) el contrato quedará rescindido por falta de pago. Quedará a favor de la aseguradora, como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio del plazo de gracia hasta el momento de la rescisión.

RESCISIÓN: Tanto el Tomador como la Aseguradora podrán rescindir esta póliza en cualquier vencimiento de primas, previo aviso por escrito con anticipación no menor a los treinta (30) días corridos, sin limitación alguna. Consecuentemente, se rescindirán automáticamente todas las coberturas individuales.

FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES: Las coberturas individuales de cada Asegurado finalizarán en los siguientes casos: a) Por renuncia del Asegurado Titular a continuar con el seguro. b) Por fallecimiento del Asegurado Titular c) Por dejar de pertenecer el Asegurado Titular al grupo regido por el Tomador d) por caducidad o rescisión de la póliza e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en la cláusula de cobranza del premio f) Al cumplir la edad máxima de permanencia. Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicadas a la Aseguradora por intermedio del Tomador en los formularios previstos a tal efecto dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos. La rescisión de los certificados individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas. La rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Titular implica la terminación automática de la cobertura para todos los Asegurados Familiares. En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora. Se dará cobertura a los siniestros ocurridos a los asegurados, siempre que los mismos hayan acontecido antes de la rescisión del certificado del Asegurado Titular, lo cual no afectará el compromiso de la Aseguradora para con el siniestro, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión.

CARENCIA: La cobertura estará sujeta a un Plazo de Carencia de 30 (treinta) días corridos durante el cual el Asegurado está obligado al pago de las primas, a contar desde la fecha de vigencia inicial del Certificado Individual de Cobertura. Si ocurriera el fallecimiento del Asegurado durante el plazo de carencia no será de aplicación el beneficio, excepto en aquellos casos en que el fallecimiento ocurra como consecuencia de un accidente. Se entenderá por "accidente" a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas violentas, fortuitas e independientes de la voluntad del Asegurado.

REQUISITOS POR FALLECIMIENTO: Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador efectuará el reintegro de los gastos de servicio de sepelio, a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado su pago. El Contratante, los parientes, personas allegadas o los herederos legales, según corresponda harán la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. El pago de beneficio se efectuará dentro de los quince (15) días corridos de haber recibido las siguientes pruebas: a) Certificado de defunción original o copia certificada del mismo. b) Comprobante original de los gastos realizados para el sepelio. c) El Certificado Individual de cobertura que amparaba al extinto. d) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte. En el caso de que la persona fallecida fuera integrante del Grupo Asegurado, también se deberá presentar: a) Documentación probatoria de su inclusión en la póliza (Certificado Individual de cobertura) Si un asegurado falleciera en circunstancia en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la entidad si fuera notificada de ello se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Ante cualquier consulta le agradecemos se
comunique al **0810-122-7277**, de lunes a viernes de 9 a 20 hs.
Para Urgencias 24hs. comuníquese al **(0351) 156-504444**

Lugar y Fecha

Martín Sánchez Vila
Gerente General
Parque Azul S.R.L.

Firma y Sello del Tomador

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del Asegurado Titular Solicitante

Aclaración de la Firma

Número de Documento

Firma del Vendedor

Apellido y Nombre del Vendedor

Legajo

Cobertura otorgada por BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros, constituida bajo las leyes de la República Argentina, con domicilio en Leandro N. Alem N° 530 piso 1, CABA. N° de inscripción en el Registro de la SSN: 0555. Para más información puede contactarse al Servicio telefónico de la SSN al 011-4338-4000 ó 0800-666-840 a página web de dicho organismo www.ssn.gov.ar

