



Tomador: Banco de Corrientes. La aprobación de esta solicitud queda sujeta a revisión por el departamento de suscripción de la compañía.

Marcar la opción elegida:

Coberturas	Titular grupo familiar primario			Titular grupo familiar primario y secundario		
	De 18 a 45 años	De 46 a 60 años	De 61 en adelante	De 18 a 45 años	De 46 a 60 años	De 61 en adelante
Fallecimiento del titular		\$6000		\$6000		
Fallecimiento del cónyuge e hijos		\$3500		\$3500		
Fallecimiento de padres/suegros		-		\$2000		
Servicio de asistencia	Emergencias médicas (titular)*					
Costo Mensual	\$10,80	\$26	\$65,20	\$39,50	\$88	\$99,20

Edad máxima de ingreso del titular: 64 años. Edad máxima de permanencia: sin límite. Los hijos serán asegurables desde los 9 meses hasta los 21 años de edad.

El costo no incluye sellados provinciales, en caso de corresponder.

*Servicio prestado por Cardinal Assistance en los términos y condiciones del contrato suscripto entre CNP Assurances y tal prestador.

1. Datos del asegurado

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 Institorio.

**Por la presente presto conformidad a recibir 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. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos. En los términos 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				

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

Requisitos de Asegurabilidad

En virtud de que para la incorporación a esta póliza de Seguro de Vida no se requiere la presentación de la declaración de estado de salud ni el examen médico del

Asegurado, se deja constancia que la Compañía no abonará las indemnizaciones estipuladas por esta póliza cuando el siniestro se produzca dentro de los primeros 30 días de vigencia del Certificado Individual.

X.....

...../...../.....

Firma y aclaración del asegurado

Lugar y fecha

