

POLIZA N°: 6793

BENEFICIARIOS: el beneficiario de este seguro será el acreedor del préstamo otorgado. Con el pago del beneficio, el asegurado o sus herederos legales quedarán liberados de la deuda por el monto del siniestro abonado.

ACREEDOR: FONDO NACIONAL DE LAS ARTES ORGANISMO DEL ESTADO

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PARA FUTUROS INGRESOS

CAPITAL EDAD	Hasta \$ 35.000	Desde \$ 35.001 hasta \$ 100.000	Desde \$ 100.001 hasta \$ 200.000
	Hasta 39 años	Perfil A	Perfil A
de 40 a 49 años	Perfil A	Perfil A	Perfil A
de 50 a 59 años	Perfil A	Perfil A	Perfil I
de 60 a 64 años	Perfil A	Perfil A	Perfil I
de 65 a 70 años	Perfil I	Perfil II	---

PERFIL A (Automático): No se requiere el envío de solicitud de Adhesión ni Declaración Jurada de Salud. La entidad otorgante del préstamo deberá hacer completar la Declaración Jurada de 1 pregunta, y mantenerla en la carpeta del crédito hasta que se produzca el siniestro. Si la respuesta del cliente es positiva, la solicitud deberá ser remitida al Departamento de Suscripción para su evaluación y posterior dictamen.

PERFIL I: Solicitud de Adhesión + Declaración Jurada de Salud

PERFIL II: Solicitud de Adhesión + Declaración Jurada de Salud + Examen Médico + Análisis de Orina

El Departamento de Análisis de Riesgo se reserva el derecho de solicitar, como requisito de asegurabilidad, cualquier otro estudio que no conste en la presente tabla de Requisitos y que a su entender fuera absolutamente necesario e imprescindible para evaluar la asegurabilidad del Solicitante del Seguro.

Nota 1: En razón de tratarse de un traspaso de cartera, a partir de la fecha de vigencia inicial de esta póliza, y en virtud de existir continuidad asegurativa, Nación Seguros S.A. otorgará las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares a toda persona que al momento del inicio de vigencia de la nueva póliza se encontraran cubiertos bajo la Póliza de la anterior Aseguradora, sin que apliquen a esta cartera límites de edad de ingreso, ni requisitos de asegurabilidad.

Las carencias para cada asegurado se computarán desde el inicio de vigencia de cada cobertura en su Certificado Individual, ya sea de esta póliza o de la póliza anterior.

Queda expresamente establecido que los límites de edad de permanencia estarán regidos por la nueva póliza, así como las condiciones para determinar la procedencia del beneficio en caso de siniestro.

ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA: Anexo Informativo Ley N° 25.246 – Anexo 1 - Condiciones Generales Seguro Colectivo Deudores Préstamos Personales, Hipotecarios y Prendarios.

Número de Matrícula: No Aplica

Nombre y Apellido o Razón Social: No Aplica

Nombre del Contratante:	FNA	N° de CUIT:	30-54667741-5	Póliza:	6793
Nombre y Apellido:			Tipo y N° de Documento:		
Solicitud:		Importe del Prestamo \$		Plazo en Meses:	

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

La presente Declaración Jurada de Salud, deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, previa lectura del Artículo N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418, el cual refiere que : Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, aun 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.

A su saber y entender usted ¿padece, padeció o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias); psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares; gota, cáncer, tumores, diabetes y/o alguna otra afección no mencionada y que considere declarar?

SI NO Detalle: _____

El Solicitante declara bajo juramento que las respuestas son completas y verdaderas.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, 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. Asimismo se informa que 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 en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma del Solicitante

Nombre del Contratante: **FNA** N° de CUIT: **30-54667741-5** N° de Póliza: **6793**

La presente declaración deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante. Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible

Solicito a la Compañía Nación Seguros S.A., mi incorporación al Seguro Colectivo de Deudores, en un todo de acuerdo con las coberturas del seguro que se establecen en las condiciones de Póliza emitida a nombre del Contratante.

El Solicitante está obligado de notificar a la Compañía de manera fehaciente cualquier modificación de datos registrados en esta solicitud.

Datos del Solicitante

 Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Domicilio real: _____
 Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____
 Teléfono Particular: (_____) _____ E-mail (*): _____
 Profesión/Ocupación: _____ Tareas que desarrolla: _____
 Fecha de Ingreso al empleo: ____/____/____ ¿Su empleo es permanente? NO SI Remuneración Mensual: \$ _____
 Referencia laboral/ personal/ comercial: 1) _____ 2) _____
 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____
 ¿Tiene Ud. conocimiento de padecer o haber padecido alguna enfermedad en los últimos 3 años? NO SI ¿Cuál?: _____
 Apellido y Nombres del Cónyuge: _____ Sexo: M F
 Documento del Cónyuge: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Fecha de Nacimiento: _____

"Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, 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". Artículo 5° de la Ley de Seguros N° 17.418.

Modalidad de envío de Póliza/Certificado:
 Al domicilio del Asegurado A través del Tomador / Contratante A través del Agente / Productor A la dirección indicada en el campo E-mail (*)

Cotitulares

 1) Apellido y Nombres: _____
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____
 2) Apellido y Nombres: _____
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____
 3) Apellido y Nombres: _____
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____

Producto

 Línea de Préstamo solicitado: **PERSONAL** Préstamo Nro: _____
 Monto Inicial del Préstamo: _____ Moneda: \$ u\$s _____
 Plazo en Años: _____ Sucursal: _____
 Coberturas: Fallecimiento Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente
 Pago de Primas: Mensual

Capital Asegurado:

Saldo de deuda a la fecha del siniestro hasta el tope del Capital Asegurado Máximo Individual. Incluye: Amortización de capital pendiente de cancelación.

Beneficiarios:

El beneficiario de este seguro será el acreedor del préstamo otorgado. Con el pago del beneficio, el asegurado o sus herederos legales quedaran liberados de la deuda por el monto del siniestro abonado.

Acreedor: _____

Se entregará un Certificado Individual de Cobertura al momento de otorgamiento del Préstamo.

IMPORTANTE: Si el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza.

Firma y aclaración del Solicitante. _____

Nombre del Contratante:

FNA

N° de CUIT:

30-54667741-5

N° de Póliza:

6793

Forma de Pago

DESCUENTO DE HABERES

Empresa:

Legajo N°

DÉBITO EN CUENTA:

Caja de Ahorro

Cuenta Corriente

N°

Banco:

Sucursal:

Código:

CBU:

(!) Adjuntar constancia.

TARJETA DE CRÉDITO (*):

Visa

Mastercard

Nativa

Otra

N°

Vencimiento:

Banco Emisor:

¿Es Usted titular de la cuenta/tarjeta?

NO SI

(* Únicamente tarjetas de crédito habilitadas por Nación Seguros S.A. en el momento de la contratación.

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO/ CUENTA PAGADORA

(Completar si el Titular de la Tarjeta/Cuenta fuera diferente al Solicitante)

Apellido y Nombres:

Documento:

DNI

LC

LE

Pasaporte

Nro.

Relación con el Asegurable:

Teléfono:

Por medio de la presente autorizo a Nación Seguros S.A. en mi carácter de titular, a que debiten mensualmente de mi Cuenta Corriente, Caja de Ahorro, Recibo de Haberes, o de mi Tarjeta de Crédito, el importe correspondiente al costo del presente seguro. Queda entendido que dicho seguro se mantendrá vigente mientras se pague en término el resumen de mi tarjeta o disponga saldo acreedor en las cuentas bancarias informadas en la presente para realizar el correspondiente débito, o bien se realice efectivamente el descuento del premio del recibo de haberes. La falta de descuento mediante las formas de pago especificadas obliga al asegurado a hacer efectivo en término el seguro en el domicilio del Tomador a fin de mantener su vigencia. Asimismo el Asegurado asume la obligación de informar al Tomador o a Nación Seguros S.A. cualquier modificación de datos o medios de pago elegidos.

IMPORTANTE: Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; b) Entidades Financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526; c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065; d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. La cobertura no entrará en vigencia hasta tanto el pago efectuado se encuentre acreditado en la cuenta corriente de Nación Seguros S.A. Declaro estar en conocimiento y aceptar las condiciones del seguro que mediante esta solicitud requiero. Asimismo declaro bajo juramento que la información que he dado es completa y verídica y que, cualquier error, simulación o fraude en que hubiera incurrido será causal de pérdida del derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en (Marcar con una X según corresponda) Ingresos de Haberes Ahorros en Cuenta Ganancias Actividad Comercial Premios de Juegos de azar Operación Inmobiliaria Compra-Venta de bienes Mueble Herencia Donación Cesión Otros según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por el Anexo I de la Resolución N°230/2011 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 230/2011 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, 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. Asimismo se informa que 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 en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha:

Firma y aclaración del Solicitante.

Firma y aclaración del titular de la tarjeta/cuenta.

(En caso que fuera distinto al solicitante.)

Legajo

Firma y aclaración del Asesor

Uso Exclusivo de Nación Seguros

Agente Institorio

Productor

Agencia

Organizador

Sello de Recepción

(!) La presente solicitud no tendrá valor de cobertura hasta tanto Nación Seguros S.A. no se haya expedido sobre la aceptación del riesgo correspondiente y haya sido efectuado el primer débito.