

SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEUDORES

COBERTURA: El seguro garantiza que en caso de fallecimiento del Deudor Asegurado, la **CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA**, en su carácter de Acreedor / Tomador percibirá el saldo debido. De producirse el fallecimiento del Deudor Asegurado, el capital asegurado será un importe igual al saldo de la deuda de cuotas no vencidas, en el momento de ocurrir la contingencia, quedando liberado al prestatario o sus derechohabientes de su obligación.

Se cubrirán deudas originadas por préstamos para compras de bienes muebles de uso o de consumo, préstamos personales, préstamos para la adquisición de inmuebles y cualquier otro tipo de deuda cuya amortización se efectúe mediante las distintas metodologías de reembolso con que opere el prestamista (sistema francés, alemán, americano)

SOLICITUD DEL DEUDOR

Los datos que a continuación se especifican complementan los declarados en la solicitud de Préstamo.

Ley No. 17.418 – Artículo 5º. (Primera parte).- “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado de verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.”

1.- DECLARACIONES ADICIONALES

FECHA DE NACIMIENTO/...../.....

- ¿Padece de alguna enfermedad? ¿ Cual?.....
- ¿Desde cuando se trata?.....
- ¿Profesional que lo trata?
- ¿Domicilio?

DECLARO, en mi nombre

- a) Que los datos y respuestas arriba indicados son completos, verídicos, y
- b) Que conozco y acepto todas las estipulaciones establecidas en la póliza del plan de Seguro Colectivo de vida de deudores a que se refiere la Solicitud.

Y CONVENGO que:

- a) Solamente el Directorio de la Compañía o sus representantes especialmente autorizados tengan la facultad de resolver sobre la aceptación del seguro que solicito y la emisión del certificado respectivo, y
- b) La Compañía no asuma responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma.

Cláusula de participación en las utilidades	SI	% de participación
	NO	Plazo máximo de liquidación
		% de gastos a considerar.

Declaración Jurada sobre personas expuesta políticamente: Resolución UIF No 134/18:

Quien suscribe la presente declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, Completos y fiel expresión de la verdad y que SI... NO.... Me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la Nómina de Funciones/Funcionarios de Personas Expuestas Políticamente.

Declaro bajo juramento la licitud de los fondos relacionados a esta operación en cumplimiento de la R28/2018 de la UIF.

Salta de..... de 2024.-

.....
Firma del solicitante

Datos a SUMINISTRAR POR **CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE LA PCIA DE SALTA.**

Fecha de ingreso del solicitante día me año
 Importe de la prima: (.....).....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello del Acreedor/Tomador