

Galicia Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO SALDO DEUDOR

Condiciones Particulares de Póliza

Tomador / Contratante:

J30-50000173-5 BANCO GALICIA Y BUENOS AIRES S.A.
Tte. Gral. J.D. Perón 407 (1092)
Ciudad Autónoma
De Buenos Aires

OCA R.N.P.S.P. N°2



Póliza N°: **100.561**

Próxima Renovación Anual: **01/05/2014**

Vigencia inicial: **01/05/2011**

Período de Facturación desde: **las 00 hs. del 01/10/2013**

Período de Facturación hasta: **las 00 hs. del 01/11/2013**

Fecha de Emisión: **31/10/2013**

Vencimiento de Pago: **15/11/2013**

■ COBERTURAS:

• Fallecimiento por un Capital Asegurado equivalente al monto de Préstamo, limitado al Saldo de Deuda no vencida, estableciéndose un Capital Máximo de \$ 830.000.- (Pesos ochocientos treinta mil) por Préstamo.

• Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y Accidente por un Capital Asegurado equivalente al capital por fallecimiento.

■ **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Revisten el carácter de asegurables aquellos titulares que no superen la edad de 74 años y 365 días.

■ **EDAD LÍMITE PERMANENCIA:** La cobertura cesa en su vigencia automáticamente una vez que el titular haya cumplido los 76 años y 365 días.

■ COSTO DEL SEGURO (Por cada \$1.000 de capital asegurado)

Prima de Tarifa	\$ 1,97
Tasa Superintendencia de Seguros	\$ 0,01
Impuestos y Sellados	\$ 0,00

Premio Total \$ 1,98

■ **PREMIO MEDIO INICIAL:** 1,98 ‰

■ **FRECUENCIA DE FACTURACION:** MENSUAL

Los riesgos no cubiertos previstos para esta póliza están enunciados en el Anexo n° 1 de las Condiciones Generales y de cada Cláusula en particulares.

Comunicación al Asegurado: En consideración a las declaraciones suscriptas por el Tomador y al pago del premio que se estipula, GALICIA Seguros S.A., con domicilio en Maipú 241 – Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, se OBLIGA A PAGAR en su oficina central en la ciudad de Buenos Aires, después de recibidas las pruebas de acreditación el pago de cualquier beneficio, la suma correspondiente al seguro respectivo. La imposibilidad de cobro de cualquier prima producirá caducidad del seguro sin necesidad de aviso previo. La presente cobertura inicia su vigencia a partir de las 00.00 horas del día y mes que se detallan en estas condiciones particulares.

M.E. Resolución 407/2001-Artículo 1: 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. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Artículo 2: Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios habilitados detallados en el artículo 1° de la presente resolución.

Resolución N° 28.268 - Artículo 13: No están sujetos al régimen de la presente resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguros:

- Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
- Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley 24.241.
- Celebrados en el marco de la Ley N° 24.557

Advertencia: Esta póliza ha sido emitida conforme con las declaraciones formuladas en la solicitud de seguro, si el texto de la presente póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza. (Art.12 de la Ley de Seguros).

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Tomo conocimiento que Galicia Seguros S.A. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con el lavado de dinero (Ley 25.246, Resolución 06/2011 UIF y vinculadas), correspondiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía 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 Res. 11/2011 y 52/2012 de la Unidad de Información Financiera (UIF). Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web www.galiciaseguros.com.ar o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, según Proveído N° 84018 de fecha 4/12/96.

Compañía Emisora: GALICIA SEGUROS S.A.

Maipú 241 - (C1084ABE) – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C.U.I.T. 30-68714552-2 / I.B.(C.M.) 901-181039-2

Extendido en Buenos Aires, el 15 de Abril de 2014.


Brenda L. Deluca
APOSENADA

En virtud de contener esta póliza firma facsimilar, la Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma. Circular SSN N° 4.462
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7º del Reglamento General de la Actividad Asegurada de los medios disponibles en el Centro de Atención al Cliente. Suscripción de riesgos patrimoniales y de vida de los seguros que comercializa la compañía.

Nombre del Productor:	Matrícula N°:
INDEPENDIENTE DIRECTO	30401

