

CERTIFICADO DE INCORPORACION
SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Póliza N°

Sr *****

**** *****
Contratante: BANCO COMAFI S.A.



Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. certifica por el presente que la persona designada Asegurado, se encuentra comprendida en las prescripciones de la póliza de la referencia a partir de la entrada en vigencia del presente Certificado de Incorporación.

Datos del Tomador	Datos del Asegurado
Razón Social: BANCO COMAFI S.A.	Nombre y Apellido:
	Tipo y N° de Doc:
	Fecha de Nacimiento:
CUIT: 30604731018	Nacionalidad:
Domicilio: AV. PTE. R. SAENZ PEÑA 660	Certificado N°:
Código Postal: 1035	Fecha de Inicio de Vigencia:
Localidad: CAPITAL FEDERAL	Fecha de Fin de Vigencia: Doce meses a partir de la fecha de Inicio de Vigencia con renovación automática
Provincia: CAPITAL FEDERAL	

Coberturas	Capital Asegurado	Franquicias	Carencia
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ *****	\$ 0,00	0 Días
MUERTE POR ACCIDENTE	\$ *****	\$ 0,00	0 Días
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	\$ *****	\$ 0,00	0 Días



Beneficiarios				
Apellido y nombre	N° Documento	Fecha de Nacimiento	% Capital	Orden

En consideración a las declaraciones suscriptas por el Asegurado/Tomador y al pago de la prima que más abajo se estipulan, la Aseguradora, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, que figuran en las páginas siguientes, se OBLIGA A PAGAR en su oficina central en la ciudad de Buenos Aires, inmediatamente después de recibidas las pruebas que acrediten el pago de cualquier beneficio, la suma correspondiente al seguro respectivo.

Costo Mensual del Seguro: \$

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito, sin ninguna otra formalidad.

ADVERTENCIA : Si el contenido del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido el mismo y se entenderá aceptado de plena conformidad.- (Art. 12 de la Ley de Seguros).

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Para consultas o reclamos, comunicarse con Life Seguros al teléfono 0800-222-7500

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gov.ar o formulario web a través de www.argentina.gov.ar/ssn.

MEDIO DE PAGO: La Resolución 407/2.001 del Ministerio de Economía de la Nación en un Artículo 1° establece que "Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION,
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526,
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065,
- 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".

Por otra parte en su Artículo 2° especifica "Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución".

Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que Ud. solicita, administrar el seguro por Ud. solicitado, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad de servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, Ud. tiene la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor tenga a bien comunicarse con el 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.236, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, Ud. autoriza a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente sus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no se otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Asimismo, le recordamos que la cobertura contratada es provista por Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. y que según la normativa vigente de protección al consumidor usted está facultado a solicitar la baja de este producto.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. En virtud de contener esta póliza firma facsimilar, la Compañía renuncia a oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma. Circular SSN N° 4.462.

La póliza en la cual usted se encuentra asegurado y respecto de la cual se emite el presente certificado ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por el Proveído N° 101954 aprobado el 06/05/2005.

Emitido en la Ciudad de Buenos Aires, el ** de ***** de ****.



Juan Lladó
CEO



Servicio de Asistencia para Pólizas de Vida

ASISTENCIA*:	EVENTOS
Traslado médico terrestre (ambulancia)	Sin límite de costo por evento Hasta 3 (tres) eventos por año
Segunda opinión médica nacional	Hasta \$2.000 (dos mil pesos) por evento Hasta 1 (un) evento al año
Envío de medicamentos y exámenes de laboratorio a domicilio	Con costo preferente Hasta 2 (dos) eventos por año
Cuidados prolongados y acompañante nocturno durante la internación	Hasta \$1.200 (mil doscientos pesos) Hasta un evento por año
Phono Med	Sin límite de costo Hasta 6 (seis) eventos por año
Recordatorio de citas, análisis e ingesta de medicamentos	Sin límite de costo Hasta 6 (seis) eventos por año
Referencias médicas de farmacias, especialistas, hospitales y clínicas a nivel nacional	Sin límite de montos Sin límite de eventos por año
Coordinación de citas médicas, turnos, análisis clínicos	Sin límite de montos Hasta 6 (seis) eventos por año

Te recordamos que, en caso de necesitar alguna asistencia, deberás comunicarte con Cardinal Assistance al [0810-222-8732](tel:0810-222-8732)

*Estos beneficios son adicionales e independientes del seguro contratado. Serán brindados por Cardinal Assistance (CUIT: 30-70715932-0) y no tendrán costo alguno para el asegurado. Consulte términos, alcance, exclusiones, límites y condiciones de los servicios de las asistencias descriptas llamando al 0810-222-8732. Cardinal Assistance es una sociedad constituida conforme a la legislación de la República Argentina con domicilio legal en Av. Caseros 3039, C.A.B.A.