



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO – CANCELACIÓN DE DEUDAS

Vigencia: 365 días desde la confirmación

SEÑORES
TU FINANCIERA S.A.E.C.A.
PRESENTE

Sírvanse extender una póliza de Seguro Colectivo de Vida en la Modalidad de Cancelación de Deudas, que se nos garantice la devolución de los saldos adeudados al momento de producirse la muerte o la incapacidad total y permanente del o los beneficiarios del préstamo o crédito, de acuerdo con las especificaciones que detallamos a continuación:

OBJETO DEL SEGURO: La presente póliza garantiza el pago del saldo de la deuda que, al momento del fallecimiento o invalidez total y permanente, tuviera el prestatario deudor de TU FINANCIERA SAECA (Tercer Deudor), de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares específicas y las condiciones Generales Comunes.

CAPITAL ASEGURADO: El capital máximo asegurado por cada prestatario es de hasta la suma de Gs. 120.000.000- (guaraníes ciento veinte millones). -

PERSONAS ASEGURABLES: TODOS LOS PRESTATARIOS DEUDORES DE TU FINANCIERA S.A.E.C.A.

EDADES APLICABLES:

Edad Mínima de Ingreso para todas las coberturas: 18 años.

Edad Máxima de Ingreso Cobertura Principal: 75 años. (Muerte).

Edad Máxima de Ingreso Cobertura Adicional: 65 años. (Incapacidad Total y permanente)

Edad de Permanencia Cobertura Principal: Hasta 80 años. (Muerte)

MODALIDAD OPERATIVA: El contratante o Tomador remitirá un listado con los datos de la operación de cada prestatario acompañado de la Solicitud Individual debidamente firmada por el mismo, y el Asegurador procederá a emitir el Endoso de Cobertura y la factura correspondiente. Declaración mensual de los desembolsos realizados en el mes.

MODALIDAD DE CONTRATACION: Sobre Capital Constante hasta 1 año. –

MEDIDA DE PRESTACION: A prorrata. -

TASA DE PREMIO MENSUAL:

TIPO	PRODUCTO	TASA
1	TUFI001	0,187
2	TUFI002	0,234
3	TUFI003	0,281
4	TUFI004	0,374
5	TUFI005	0,561

ADICIONAL DE COBERTURA:

- Cobertura de créditos en mora conforme Endoso N° 1
- Cobertura de preexistencia conforme Endoso N° 2

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Completar el formulario de declaración Personal de Salud (Se considerarán los cúmulos por prestatario):

Moneda: Guaraníes	Hasta 50 años	51 a 65 años	66 a 74 años	75 a 80 años
Hasta 120.000.000	DPS Breve	DPS Breve	DPS Breve	DPS Breve

SUBJETIVIDADES:

- Cotización sujeta a aceptación y confirmación de términos de los reaseguradores. -

CONTRATANTE/TOMADOR	TU FINANCIERA S.A.E.C.A.		
R.U.C.			
DOMICILIO LEGAL	Teresa Lamas Carísimo 6410 esq. Capitán Román García		
N° DE TELEFONO	021-4158000		
MODALIDAD	Seguro Colectivo de Vida – Cancelación de Deudas		
RIESGOS CUBIERTOS	a) Muerte Natural o Accidental. b) Invalidez Total y Permanente. c) Muerte por enfermedad preexistente, siempre que el fallecimiento por la enfermedad preexistente se produzca después de los doce (12) meses de la realización de la operación financiera.		
FORMA DE PAGO	CONTADO	CAPITAL ASEGURADO G. .120.000.000.	
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la solicitud, la diferencia se considerará aprobado por el Contratante/Tomador sino reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1.556 C.C.).			



De conformidad con las condiciones generales establecidas en la póliza de la compañía, y con todo lo expresado más arriba, solicito se me extienda una póliza de seguros, convengo que esta solicitud, una vez aceptada por la compañía pasa a formar parte del contrato. Asumo la responsabilidad de pagar los impuestos originados por la emisión de la Póliza, Impuestos, recargos y demás gastos detallados en la Liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de anulación o cancelación, sirviendo la presente de suficiente documento de reconocimiento de deuda.

El Asegurado por este mismo acto, y sin necesidad de requisito o formalidad alguna, autoriza a Tu Seguros SA en forma voluntaria expresa e irrevocable o para que en caso de atraso, cualquiera fuere la causa, a partir de los sesenta (60) días de atraso, sea con el objeto de este contrato o cualquier otra deuda pendiente que tenga con Tu Seguros SA incluya sus datos personales o razón social que representa, en el registro general de morosos INFORMCONF, o la de otra entidad especializada en servicios de información, esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados una vez cancelada la deuda en capital, gasto e interés, la eliminación de dicho registro se realizará conforme a lo dispuesto en las leyes vigentes

DEBER DE CONFIDENCIALIDAD: Las partes acuerdan que la información así proporcionada permanecerá en poder de la Compañía de Seguros la que se compromete a mantenerla en resguardo seguro observando estricta confidencialidad sobre el contenido de la misma no pudiendo informar, develar o facilitar su contenido, ni siquiera en forma parcial. La Compañía podrá brindar a la Superintendencia de Seguros la información que ella le requiera por escrito sobre los datos contenidos en la declaración efectuada por el Asegurado. Cuando la Compañía sea requerida por un Juez o Fiscal a brindar información sobre determinada operación realizada por el Asegurado con el cliente cuya información está contenida en el medio magnético proporcionado a la Compañía, ésta comunicará al Asegurado para que le indique el Código del mismo para su posterior información al Juzgado o Fiscalía requirente.

Declaramos a los efectos del cálculo del premio y debida diligencia de conocimiento del beneficiario, nos comprometemos a facilitar a la compañía las planillas mensuales con la lista de beneficiarios de los préstamos o los créditos adjudicados. Para el efecto remitiremos a la compañía la información que contenga los siguientes datos: **Número de operación, Nombre/Apellido, número de CI., Monto, saldo y plazo de la operación, Fecha de Nacimiento, Dirección, Fecha inicio y fecha de fin de operación.** -

CONDICIONES DE COBERTURA: CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, PARTICULARES ESPECÍFICAS, ADICIONALES Y ENDOSOS DE COBERTURA DE LAS RESPECTIVAS POLIZAS DE SEGURO.

La vigencia de la póliza empezará previa aceptación de la solicitud de seguro por parte del Asegurador. La recepción de esta Solicitud de Seguro por Tu Seguros SA no implica aceptación de la misma.

Tu Seguros SA reconoce expresamente las firmas facsimilares obrantes en la Póliza de Seguros a ser emitidas, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

El Asegurado por este mismo acto solicita:

- La póliza convencional (impresa).
- La póliza electrónica con firma digital y recibir los términos de contratación al correo electrónico: y/o al celular número.....

En caso de elegir la opción de póliza electrónica con firma digital, recibirá un link de acceso a la descarga donde usted tendrá disponible todos los documentos de su póliza en formato PDF. En esta conexión quedará registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad y como constancia de haber recibido la documentación.

Tu Seguros SA, reconoce expresamente la firma digital obrante en la Póliza de Seguros a ser emitida, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

Por el presente instrumento autorizo(amos) en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer información en plaza referente a mi (nuestro) cumplimiento de pagos de primas de seguros, cantidad y monto de reclamos realizados así como mi (nuestra) calidad moral como Asegurado(s), ya sea por escrito por procedimientos informáticos, a fin de poder contar con los elementos de juicio y análisis necesarios. Esta autorización se extiende a fin de que pueda proveerse la información a terceros interesados. Además, nos comprometemos a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, la Declaración sobre el origen de los Fondos y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación de conformidad a los Art. 5º, Art. N° 11 y Art. N° 13º de la Resolución N° 071/2009 de la SEPRELAD.

Declaro además bajo fe de juramento que los fondos y valores que se utilizan para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de fuentes lícitas, y no guardan relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades ilícitas, y a las que se refiere la Ley N° 1015/97 "Que reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes", como sus modificaciones, y, asimismo, la Resolución N° 071/2019 de la SEPRELAD.

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
ACLARACION DE FIRMA