



Solicitud de Cobertura
SEGURO de SEPELIO INDIVIDUAL

Datos del Solicitante

INGRESAR DOCUMENTO Y VERIFICAR

Apellido:		Tipo DNI:		DNI	
Nombre:		Sexo			
Fecha de Nacimiento (Max 75)		Estado civil		Parentesco	TITULAR
Domicilio:		Nº		CP	
Provincia:		PISO		DTO	
Localidad:					

Email:		Teléfono:	
	MAIL INCORRECTO	Celular:	

CONYUGUE

Apellido:		Tipo DNI:		DNI	
Nombre:		Sexo			
Fecha de Nacimiento					

FORMA DE PAGO

Marca:	
Numero:	SIN GUIONES NI ESPACIOS 16 NUMEROS PARA TARIETA / 22 PARA CBU
Vencimiento:	
BANCO	
<small>EN EL CASO CBU</small>	

En carácter de Declaración Jurada:

Se encuentra alcanzado como Sujeto Obligado conforme el artículo 20 de la ley 25.246 y modificatorias. En caso de que Si sea Sujeto Obligado: Declaro bajo juramento que CUMPLO/NO CUMPLO con las exigencias descriptas en el art. 21 de la mencionada Ley, a través de la estricta observancia de Políticas y Procedimientos que respondan a los lineamientos y regulaciones vigentes en la República Argentina para la Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo. Dichas Políticas y Procedimientos responden asimismo, a las Resoluciones emitidas por la Unidad de Información Financiera que sean aplicables.

SI NO

Reviste la calidad de Persona Políticamente Expuesta conforme la Resolución 134/2018 de la Unidad de Información Financiera. En caso afirmativo indicar cargo / función / jerarquía o relación con la persona políticamente expuesta:.....

SI NO

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los (30) días de corrido, mediante la nueva presentación de una nueva declaración jurada, ya sea en forma personal o a través de medios electrónicos.

Por último se compromete a proporcionar de ser necesario, toda documentación relevante en forma adicional que lleve a tener una mayor claridad de su condición en materia de lo arriba mencionado.

_____	_____	FECHA Y HORA
Firma Vendedor	Firma Cliente	10/8/2023 11:28



CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO de SEPELIO INDIVIDUAL
Póliza N°: *.*** Certificado N°: *.***.*** Vigencia Inicial:**

TRIUNFO Coop. de SEGUROS Ltda. en su carácter de Asegurador, con domicilio en Av. San Martín N° 1092, 4° piso, Ciudad de Mendoza, en concordancia con las Condiciones Generales y particulares de la presente póliza, a pedido y en base a las declaraciones del Asegurado Titular, asegura a las personas que se mencionan a continuación por los riesgos y coberturas que seguidamente se detallan:

PERSONAS ASEGURADAS:

Se considerará asegurado al Asegurado Titular que a continuación se detalla.

ASEGURADO TITULAR:	Fecha de ingreso	Fecha Nacimiento	Documento	Parentesco
	10/8/2023		0	TITULAR
ASEGURADO CONYUGUE	Fecha de ingreso	Fecha Nacimiento	Documento	Parentesco

CONDICIONES DE COBERTURA Y SUMAS ASEGURADAS

El Asegurado Titular ha seleccionado el PLAN denominado: SEPELIO

Cuya cobertura se detalla a continuación:

CARENCIA: 60 días para el Asegurado contados desde la Vigencia inicial o desde su fecha de incorporación.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 75 AÑOS. **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** SIN LIMITE.

Cobertura según el siguiente detalle:

1) **SERVICIO PRESTACIONAL:** según detalle Anexo "F".

1) **ADVERTENCIA AL ASEGURADO - MEDIDA DE LA PRESTACION**

En el caso excepcional de NO recibir el servicio en forma prestacional con alguna de las empresas brindadas por nuestro coordinador de servicio Jardín del Pilar, el Titular o los Familiares del fallecido podrán concurrir a cualquier empresa que ellos estimen y deberán abonar el servicio. De tener cobertura, el Asegurador reintegrará los gastos hasta la suma de \$ 110.000,00.-, contra factura presentada.

Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio individual o colectivo contratado en otra entidad Aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y de producirse el evento cubierto, cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.-

ANEXO "F"

DETALLE DEL TIPO DE SERVICIO
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO TIPO A

SERVICIOS PROFESIONALES

- Atención personalizada las 24 horas en la línea:
TRIUNFO ASISTENCIA 0810 666 0302 opción 6
- Gestión de trámites operativos, de logística y coordinación del sepelio prestacional.

ATAÚD Y ACCESORIOS

- Ataúd estilo baulito, construido en madera nacional, lustre color nogal, natural o caoba, con ocho manijas en aluminio con baño florentino, placas y símbolos
- Mortaja sudario

SERVICIO DE TRASLADO Y PREPARACIÓN PROFESIONAL DEL CUERPO

- Traslado del fallecido Titular o Beneficiario desde el lugar del deceso hasta el destino declarado en póliza.

VELATORIO Y / O CREMACIÓN

- Sala Velatoria
- Capilla ardiente en domicilio
- Cremación

SERVICIOS ADICIONALES

* Servicio de Cortejo, que incluye Carroza Fúnebre y Auto de Acompañamiento 1 (uno).

* Auto de Acompañamiento 1 (uno) Acompañamiento 1 (uno).

ALCANCE DE LA COBERTURA

• Nivel Nacional

Traslado y/o Repatriación de Restos.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante un viaje, por accidente o enfermedad imprevista, Triunfo Asistencia organizará y tomará a su cargo los gastos de fétetro de traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación, siempre por los medios que Triunfo Asistencia considere más conveniente.

Si el fallecimiento se produjera dentro del territorio argentino, este servicio contará con un tope máximo de AR\$ 25.000 (pesos veinticinco mil) y si el fallecimiento ocurriera en el exterior el tope máximo será de AR\$ 1.000.000 (pesos un millón).

Triunfo Asistencia no será responsable por el traslado de los restos ni efectuará reintegro alguno por este concepto en caso que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que Triunfo Asistencia.

CLAUSULA DE PREEXISTENCIA

La Compañía no cubrirá el fallecimiento como consecuencia de una enfermedad preexistente, entendiéndose por tal aquella padecida por el asegurado conocida por el mismo al momento de solicitar su inclusión en el seguro y que luego le produjera directa o indirectamente la muerte. A tal fin, se presume conocida por el asegurado una enfermedad, o su agravación, cuando éste haya sido objeto de controles y/o diagnósticos y/o consultas médicas y/o tratamiento durante el transcurso de los 2 últimos años. Dicha enfermedad deberá ser desencadenante del fallecimiento, base de éste o deberá tener una conexión principal con él, y el mismo deberá producirse durante los 12 (doce) primeros meses de cobertura.

Este servicio se brindará únicamente si la intervención de Triunfo Asistencia es solicitada en forma inmediata al fallecimiento comunicándose a los siguientes teléfonos:

TRIUNFO ASISTENCIA:
desde el interior del País: 0810 666 0302
desde el exterior del País: 54 11 4977 0233