

# Solicitud de Cambio de Medio de Pago

Completar en letra imprenta – debe ser acompañado de copia del DNI

SEGUROS  
SUPERVIELLE

## 1. Datos personales del Tomador

Número de póliza: ..... N° Certificado: .....

Documento tipo:  LE  LC  DNI N° ..... (Adjuntar copia)  
 CUIT  CUIL - - - - -

Nombre y Apellido / Razón Social: .....

Domicilio actual - Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Torre: .....

Barrio cerrado (Lote): ..... Localidad: ..... Provincia: ..... País: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

Mail: .....

## 2. Nuevo medio y forma de pago

(Se aceptarán únicamente medios de pago que pertenezcan al titular de la póliza)

**Tarjeta de Crédito**  Visa  MasterCard N° .....  
Banco Emisor: ..... Vencimiento: ..... / .....

**Cuenta Bancaria** CBU: .....  
 Caja de ahorro  Cuenta Corriente Banco Emisor: .....

## 3. Autorización

Autorizo a realizar el cambio de medio de pago mencionado en el punto 2 para pagar el seguro contratado en Supervielle Seguros S.A. Entiendo y estoy de acuerdo en que: 1. La Entidad retendrá en los períodos establecidos el monto de dinero acordado para efectuar el pago correspondiente que oportunamente remitirá Supervielle Seguros S.A. 2. Las deducciones autorizadas cesarán cuando: a) Notifique por escrito o vía telefónica a la Entidad una cancelación a esta Autorización. b) Se dé por finalizado el contrato de la entidad con Supervielle Seguros S.A.

Se deja expresa constancia de que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 429/2000 y modificatorias 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación. 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 Nación 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 del premio se materialice a través del Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Declaro que la información vertida en esta solicitud es completa, verídica y hecha de buena fe. Constituye la condición de validez del seguro y forma parte integrante del mismo. Reconozco y acepto que la propuesta presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador, según el art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25.326, según Decreto 1558/01, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y fecha: .....

..... / ..... / .....

Firma y aclaración del Titular