

## SOLICITUD DE SERVICIOS ADICIONALES

Por intermedio de la presente solicito a Compañía Financiera Argentina S.A. (en adelante "CFA" o la "Financiera"), el Servicio de Asistencia aceptando expresamente las condiciones de contratación que se detallan a continuación. Asimismo, manifiesto estar en un todo de acuerdo con las condiciones y características de este producto, autorizando a que se me debite mensualmente el costo de mi Caja de la Seguridad Social y/o de mi Caja de Ahorros radicada en CFA el importe detallado en el Anexo de Comisiones, en concepto de comisión por dicho servicio. El mismo constituye un "Servicio adicional" en los términos de las normas del Banco Central de la República Argentina sobre Cuenta de la Seguridad Social en la OPASI – Operaciones Pasivas 2- 1. Depósitos- 2. Depósitos de Ahorro, Cuenta Sueldo de la Seguridad Social, Cuenta Gratuita Universal y Especiales, Sección 2 Punto 2.12 "Servicios Adicionales".

1. Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO (tachar lo que no corresponda) me encuentro incluido y/o alcanzado/a dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que he leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo:

25.246) SI/NO, Constancia de Inscripción SI/NO (tachar lo que no corresponda). Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

2. Declaro bajo juramento que las transacciones a realizar con la Financiera o por su intermedio son legítimas, compatibles con mis negocios y antecedentes, y no están vinculadas con actividad ilícita alguna (como ser blanqueo de capitales, narcotráfico, terrorismo, tráfico ilegal de armas, personas o sustancias prohibidas, etc.). Asimismo, reconozco que los fondos o valores a utilizar para la presente operación provienen de mi trabajo personal o actividad lícita, compatible con mis negocios y antecedente laboral, comercial y/o profesionales, están adecuadamente justificados y no provienen de actividad ilícita alguna.

3. Entiendo y acepto que a) La Financiera podrá dar de baja y/o modificar cualquier condición del servicio adicional en cualquier momento, notificando tal efecto con 60 (sesenta) días de anticipación. (b) La Financiera abonará a las compañías prestadoras el cargo correspondiente en la medida que se mantengan contratados y vigentes los servicios adicionales y no me encuentre en mora respecto de todo y cualquier paquete, producto o servicio financiero de la Financiera. (c) CFA no es asegurador ni prestador del servicio de asistencias, por lo que no asume responsabilidad alguna por los alcances del mismo por toda y cualquier consecuencia derivada de las mismas.

4. Autorizo/amos a CFA a debitar mensualmente de la caja de ahorro de mi titularidad, los cargos y/o comisiones vigentes relacionadas con la cuenta, y con otros servicios efectivamente prestados, así como los que pudieran corresponder en el futuro. También autorizo/amos a debitar automáticamente aquellas operaciones por servicios adicionales contratados con la Financiera o terceros (débitos automáticos), con más los intereses, gastos, aranceles, cargos y/o comisiones e impuestos que pudieran corresponder. La comisión por cualquiera de los servicios de la presente solicitud se cobrará por mes vencido, aceptando que se me debite la totalidad de la comisión, por el mes calendario, aun cuando diese de baja alguno de los productos antes de finalizar un mes.

5. Mi firma en la presente obrará como constancia plena para CFA de que he recibido copia íntegra de las presentes Condiciones Generales, del Reglamento de Caja de Ahorros de corresponder (el cual también podré consultar en [www.efectivosi.com.ar](http://www.efectivosi.com.ar)), así como de toda otra documentación relacionada con la presente operación, los cuales declaro haber leído. En caso de corresponder, tomo conocimiento y acepto que, en caso de que CFA apruebe mi solicitud de crédito y/o caja de ahorros y/o tarjeta de crédito, pondrá a mi disposición sin cargo, en esta misma Sucursal y por el término de 10 días hábiles a partir de la fecha de efectiva disponibilidad del producto, una copia de la solicitud suscripta en este acto, firmada por personal de CFA.

6. Se detalla en el cuadro anexo a la presente Solicitud, los cargos y comisiones de los servicios prestados, de los cuales dejo expresa constancia que se me ha entregado copia fiel de la misma, de acuerdo a lo establecido en el punto 8 de esta Solicitud.

7. Reconozco que me he informado previa y debidamente de todas las condiciones de servicios adicionales ofrecidos por CFA, habiéndome proporcionado la Financiera información clara y suficiente de sus productos, plazos, tasas, comisiones, condiciones y Costo Financiero Total, eligiendo libremente a CFA por sobre las distintas entidades de plaza.

8. Declaro bajo juramento que CFA me ha notificado y en consecuencia me ha informado previamente, sobre el contenido de todos los incisos del artículo 6° de la Ley de Habeas Data (N° 25.326), motivo por el cual es de mi conocimiento, que mis datos personales relacionados con mis operaciones crediticias, de tarjetas de crédito y/ cualquier otro producto, actuales y futuras, que concierte con CFA, serán inmediatamente registrados en la base de datos de CFA, sita en el domicilio indicado en la presente, informados al Banco Central de la República Argentina en virtud de una obligación legal y compartidos con sus accionistas y empresas autorizadas de informes comerciales y financieros, en las que CFA es o sea cliente, usuaria, socia o asociada, ahora y / o en el futuro, las cuales suministran información comercial relativa a la solvencia económica y al crédito de las personas, a sus clientes, usuarios, socios o asociados (destinatarios de la información), con la finalidad de que éstos puedan evaluar y decidir sobre eventuales otorgamientos de créditos y otros productos financieros. Por todo lo expuesto, presto también mi expreso CONSENTIMIENTO para que mis datos y su tratamiento y mi eventual incumplimiento de las obligaciones contraídas, sean registrados en las bases de datos de CFA, del BCRA y cedidos y compartidos con sus accionistas, empresas vinculadas o de propiedad de éstos y las empresas autorizadas de informes comerciales antes indicadas, al igual que con las empresas Procesadora Regional S.A. y Cobranzas y Servicios S.A., ambas con domicilio en VICTORIA OCAMPO 360, 4° Piso – C.A.B.A., incluso para el ofrecimiento de productos y servicios, ofertas, publicidad, promociones, etc., como así también para las gestiones de recupero del crédito en caso de mora. En este último supuesto, autorizo en forma amplia e irrevocable a CFA a efectuar por sí o por terceros todas las gestiones necesarias para obtener el recupero del crédito en caso de mora, autorización que incluye, entre otros, llamados telefónicos y envío de mensajes de texto a teléfonos fijos y/o móviles (celulares), visitas, emails y comunicaciones escritas a mi domicilio particular y al de mi empleador, y/o en los lugares en que pueda ser efectivamente ubicado, comunicación de la situación de mora y datos personales de los morosos a las empresas y / o entidades oficiales o privadas que controlan y / o registran el cumplimiento de préstamos en el sistema financiero, liberando a CFA de cualquier responsabilidad al respecto y por el uso que dichos terceros hagan de la información suministrada. Me notifico que para retiro o bloqueo total o parcial de mi nombre de la base de datos para fines promocionales o publicitarios, debo comunicarme con el Servicio de Atención al Cliente al 0800-222-0006 o desde el interior del País 0810-222-9247 (art. 27.3 ley 25326 y art. 27 DEC. 1158/01). Como titular de mis datos se me ha informado de la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley 25.326.

9. **NOTIFICACIONES.** Se remitirán por medios electrónicos todas aquellas comunicaciones que, de acuerdo al contrato o a las normas aplicables al mismo corresponda efectuar a la Financiera, tales como avisos de modificación de condiciones, envío de resúmenes de sus operaciones, comunicación de resolución de consultas o reclamos, sin que esta enumeración sea taxativa, a la dirección de correo electrónico consignada en la presente solicitud o bien, a opción del Cliente, al domicilio real declarado, asumiendo el Cliente el costo del envío postal. Toda notificación efectuada a la dirección de correo electrónico informada será considerada como notificación válida, expresa y escrita a los efectos de esta solicitud y de las normas aplicables. El Cliente declara bajo juramento que dicha casilla de correos existe y que tiene pleno acceso a la misma. Asimismo, reconoce y acepta que será exclusivamente responsable de configurar dicha casilla de e-mail de modo que las comunicaciones enviadas por la Financiera no sean rechazadas, consideradas como "Spam" o excedan la capacidad disponible de la misma.

10. **CONSULTAS Y RECLAMOS.** El cliente puede realizar las consultas, reclamos, sugerencias y/o agradecimientos que estime pertinentes a través de los medios disponibles: Página Web [www.efectivosi.com.ar](http://www.efectivosi.com.ar), por Email escribiendo a [sac@efectivosi.com.ar](mailto:sac@efectivosi.com.ar), comunicándose telefónicamente al Servicio de Atención al Cliente a los siguientes números: al 0800-222-0006 ó desde el interior 0810-222-9247, o en forma personal en cualquiera de las sucursales de Efectivo Sí de todo el país.

Firma del Solicitante	Aclaración	Reservado para Certificante
e-mail:		

COMPANÍA FINANCIERA ARGENTINA S.A. - VICTORIA OCAMPO 360, 4° Piso – C.A.B.A. (1107) / CUIT: 30-53800640-4 / INGRESOS BRUTOS: 901-167750-1 / C.M./IVA RESP. INSCRIPTO.

**Galeno Seguros S.A.** deja constancia que "El Titular" de la presente solicitud, queda amparado por el Seguro seleccionado bajo la Póliza Colectiva de Accidentes Personales N° 50820, por las coberturas detalladas más abajo, de acuerdo a las Condiciones Particulares y Generales de póliza y normativa correspondiente (Ley N° 17.418). Autorizo a Galeno Seguros S.A. a remitir el Certificado de Incorporación Individual de manera electrónica al mail informado en el siguiente apartado.

_____	_____	_____
Nombre y Apellido del Asegurado	CUIL	E-mail

**Cobertura y Suma Asegurada**

Muerte por Accidente	<b>\$ 50.000</b>
----------------------	------------------

*Este seguro estará vigente desde la fecha de contratación durante 12 meses. El mismo se renovará en forma automática.*

**Edades Mínima de Ingreso: 18 años - Edades límite de Permanencia: Sin Límite**

<b>Lugar y Fecha</b>	<b>Firma del Asegurado</b>	<b>Aclaración</b>
		Mi firma confirma que autorizo y acepto todos los términos y condiciones expuestas

**Compañía Aseguradora:** Galeno Seguros S.A. C.U.I.T. 30-71439519-6 / I.B. (C.M.) 901-30714395196 – Av. Elvira Rawson De Dellepiane 150, Piso 1 (C1107CBN) Capital Federal – Tel.: 0800-777-5433

**Tomador de la Póliza:** Compañía Financiera Argentina S.A., VICTORIA OCAMPO 360, 4° Piso – C.A.B.A., Teléfonos: 0800-222-0006 (C.A.B.A. o G.B.A.) / 0810-222-9247 (Interior), CUIT: 30-53800640-4, IVA Responsable Inscripto.

© 2013 Material y derechos de autor registrados. Prohibida su reproducción total o parcial. Efectivo Si es una marca registrada de Compañía Financiera Argentina S.A.

**Cobertura y Suma Asegurada**

Muerte por Accidente	<b>\$ 50.000</b>
----------------------	------------------

*Este seguro estará vigente desde la fecha de contratación durante 12 meses. El mismo se renovará en forma automática.*

**Edades Mínima de Ingreso: 18 años - Edades límite de Permanencia: Sin Límite**

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

**Alcance:** En caso de producirse el fallecimiento, a causa de Accidente cubierto por el presente seguro, de la persona designada como Asegurado durante la vigencia de la presente cobertura, la Compañía se compromete al pago de la indemnización correspondiente, conforme las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. Se cubren los accidentes como consecuencia del uso de motocicletas hasta 300 cilindradas únicamente en el caso en que el Asegurado usase dichos vehículos como medio de transporte habitual para trasladarse entre su domicilio y su lugar de trabajo o viceversa. Esta solicitud ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución N° 39.505 con fecha del 21/10/2015.

**Riesgos No Cubiertos:**

Este seguro no cubre el fallecimiento accidental, del asegurado si se produce como consecuencia de la práctica de deportes de alto riesgo, vuelos que no se lleven a cabo en líneas de transporte aéreo regular, suicidio. No estarán cubiertos quienes fallecieron en actos de terrorismo, guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.

Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión y obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.

**Beneficiarios:** En caso de que el asegurado no realizase una declaración de beneficiarios o por cualquier causa, la designación resultara ineficaz o quede sin efecto, el seguro se pagará al Cónyuge o Conviviente del Asegurado. En caso de ausencia de Cónyuge o Conviviente, el seguro se liquidará a favor de los Herederos Legales. La designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para ello el Asegurado debe comunicarse al Centro de Atención al Cliente de Galeno Seguros S.A. al 0800-777- 5433 o enviando un mail a la casilla de [clientes@galenoseguros.com.ar](mailto:clientes@galenoseguros.com.ar)

**COMUNICACIÓN AL ASEGURADO:** El asegurado que se identifica en esta "Solicitud" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro. Mediante la presente declaro haber leído y estar de acuerdo con las condiciones detalladas en la presente solicitud. Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos corresponden a las definidas en la Resolución N° 407/2001. Tomo conocimiento que Galeno 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 230/11 UIF y complementarias), comprometiéndome 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.galenolife.com.ar](http://www.galenolife.com.ar) o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica 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](http://www.ssn.gov.ar).

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 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Al contratar este producto contás con el servicio externo brindado por Cardinal Assistance de Asistencia Salud y de Asistencia Hogar.

**Comunicate al 0-810-333-8336 para mayor información.**