



YAMAHA MOTOR PLAN ARGENTINA S.A. DE AHORRO PARA FINES DETERMINADOS. ESTATUTOS INSCRIPTOS EN LA INSPECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA EL 18/07/2019, BAJO EL N° 13.716, DEL LIBRO: 96, TOMO: - DE SOCIEDADES POR ACCIONES. PLANES APROBADOS POR RESOLUCIONES PARTICULARES IGJ N° 669 DEL 18/10/2021 Y N° 822 DEL 01/09/2023. CUIT: 30-71652411-2, IVA RESPONSABLE INSCRIPTO, IIBB 902-30716524112. DOMICILIO COMERCIAL: RUTA 24, KM. 20,200, GRAL. RODRÍGUEZ, PCIA. DE BS. AS. SITIO WEB: WWW.YAMAHAPLAN.COM.AR. TELÉFONO: 0800-222-1799/ (0237) 428-9053. E-MAIL: CONTACTOPLAN@YAMAHA-MOTOR.COM.AR. ORGANISMO DE CONTROL DE PLANES DE AHORRO: INSPECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA, AV. PASEO COLÓN 285, CABA. TELÉFONO: 0800-333-3445 - OPCIÓN 1, INFOIGJ@JUS.GOV.AR.

Solicitud de Adhesión N°:

Grupo:_____ **Orden:** _____

ANEXO

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE SALDOS DEUDORES

Señores

YAMAHA MOTOR PLAN ARGENTINA S.A. DE AHORRO PARA FINES DETERMINADOS

De conformidad con lo dispuesto en el **artículo 11.1 SEGURO DE VIDA** de las Condiciones Generales del Plan por mí suscriptas, por la presente solicito la adhesión en calidad de “Asegurado”, a la Póliza Nro. 1642 (la “Póliza”), emitida por La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. (la “Aseguradora”), referida a la cobertura de “*Seguro Colectivo de Vida sobre Saldos Deudores*” (el “Seguro”), cuyas principales cláusulas se resumen a continuación:

Riesgo cubierto: La Póliza cubre el riesgo de muerte del Asegurado incorporado en la misma, si su fallecimiento se produjera durante la vigencia de esta Póliza y del respectivo certificado individual.

Personas asegurables: Se consideran asegurables las personas físicas de hasta 77 (setenta y siete) años. La edad máxima de adhesión a la Póliza es de 69 (sesenta y nueve) años.

Capital asegurado: El capital asegurado será el saldo de Cuotas Puras y de Cuotas de Integración Mínima prorrateada no vencido pendiente de pago por el Asegurado al momento de su fallecimiento. En los Planes modalidad Cuota Reducida, el Seguro también cubrirá el saldo no vencido pendiente de pago de la Cuota Extraordinaria y, en la modalidad Cuota Diferida, el saldo de Cuotas Puras Diferidas no vencido pendiente de pago.

Beneficiario: Se designa como beneficiario de los beneficios previstos en la Póliza, al Tomador (esto es, Yamaha Motor Plan Argentina S.A. de Ahorro para Fines Determinados en su carácter de Administradora del Plan) por el importe del capital asegurado, de conformidad con lo estipulado en la Póliza y en las Condiciones Generales del Plan.

Riesgos NO cubiertos – Exclusiones:

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora no pagará indemnización cuando el fallecimiento del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas: a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que su certificado individual hubiera estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo al momento del siniestro; b) Acto ilícito del Tomador del presente Seguro; c) Participación del Asegurado en empresa criminal; d) Accidente provocado dolosamente o por culpa grave del Asegurado; e) Hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que estos hechos de guerra comprendan a la Nación Argentina, las partes se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes; f) Actos de terrorismo, cuando el Asegurado participe voluntariamente de ellos.

Retención: Toda declaración falsa o toda retención de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato y/o la aceptación de las coberturas individuales, o habría modificado las condiciones de éstas si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o las coberturas individuales, según el caso. La Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier retención –salvo que sea dolosa– como motivo de nulidad, derivada de dichas declaraciones del Tomador y/o Asegurado después de transcurridos 3 (tres) años desde el inicio de vigencia de la Póliza y/o del certificado Individual. La Aseguradora no invocará como retención o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del Seguro, en las solicitudes individuales y/o en las declaraciones personales de salud para el presente Seguro._

Enfermedades preexistentes: La Aseguradora no cubrirá el fallecimiento del Asegurado cuando el mismo se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente. Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, que hubiera sido materia de tratamientos durante los últimos 2 (dos) años anteriores a la suscripción de la Solicitud de Adhesión al Plan y que fuera la causa directa del fallecimiento. A efectos de que proceda la exclusión por enfermedades preexistentes, el fallecimiento del Asegurado debe producirse dentro de los primeros 6 (seis) meses, contados desde la fecha de suscripción de la Solicitud de Adhesión al Plan. Esta exclusión no resultará de aplicación cuando la Aseguradora solicite la Declaración Jurada de Salud, Examen Médico o cualquier otro requisito de asegurabilidad que tenga por objeto conocer el estado de salud del Asegurado.

Inicio de vigencia de la cobertura individual: La cobertura individual del Asegurado entrará en vigor a partir de las 0 (cero) horas del día siguiente a aquél en que el Asegurado abone la primera Cuota Mensual del Plan de Ahorro que incluya el cargo correspondiente al Seguro Colectivo de Vida sobre Saldos Deudores.

Terminación de la cobertura individual: La cobertura individual del Asegurado finalizará en los siguientes casos: i) cuando el Asegurado haya cancelado la totalidad del saldo de deuda cubierto por el Seguro; ii) por renuncia o rescisión del Plan; iii) por el pago de la indemnización por parte de la Aseguradora; o iv) por cumplir el Asegurado la edad de 77 (setenta y siete) años, lo primero que ocurra.

Liquidación de siniestro: En caso de siniestro indemnizable, la Aseguradora abonará a la Administradora el capital asegurado a la fecha de fallecimiento del Asegurado, que será destinado indefectiblemente a cancelar el saldo total no vencido pendiente de pago al momento del siniestro de Cuotas Puras, de Cuotas Puras Diferidas o de la Cuota Extraordinaria de corresponder por la modalidad del Plan y de Cuotas de Integración Mínima prorrateada, si hubiera. Las sumas adeudadas por el Asegurado en concepto de Cuotas Puras, prorrateo de impuesto de sellos, Derecho de Adhesión y Derecho de Adjudicación, Gastos Administrativos y por cualquier otro concepto no cubierto por la indemnización del Seguro que a la fecha del siniestro se encuentre vencido e impago, deberán ser abonadas por los herederos del Asegurado.

COSTO MENSUAL DEL SEGURO: 0,65 ‰ sobre el saldo de deuda.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO: Los herederos del Asegurado deberán remitir a la Administradora, dentro de los treinta (30) días del fallecimiento del Asegurado, salvo que acrediten caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia: i) copia legalizada de la partida de defunción; ii) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte; y iii) testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran. La Administradora comunicará la denuncia del siniestro y remitirá la documentación a la Aseguradora dentro del plazo de 3 (tres) días de recibida, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Una vez aprobada la documentación, la Aseguradora efectuará la puesta a disposición del beneficio, dentro del plazo previsto en el artículo 49, 2do. Párrafo, de la Ley 17.418.

DATOS DEL ASEGURADO - TITULAR DEL PLAN									
Apellidos y nombres					DNI N°				
Género		Fecha Nacimiento		Lugar Nacimiento			Nacionalidad		
Domicilio: Calle					N°		Piso		Depto.
Localidad				Código Postal			Provincia		
CUIT []	CUIL []	CDI []	N°		Cons.Final []	Resp. Inscripto []	Exento []	Monotributo []	
E-mail									
Estado Civil		Oficio/Ocupación			Industria/Actividad				
Tel. fijo		Tel. laboral			Tel. celular				
DATOS DEL CONYUGE DEL ASEGURADO									
Apellidos y nombres				DNI N°		Género		Estado Civil	
Fecha Nacimiento			Lugar Nacimiento			Nacionalidad			
CUIT []	CUIL []	CDI []	N°		Cons.Final []	Resp. Inscripto []	Exento []	Monotributo []	
E-mail			Tel. fijo		Tel. laboral		Tel. celular		

Presenta Declaración Jurada de Salud: SI - NO (tachar lo que no corresponda).

Acepto que el certificado individual de cobertura sea remitido vía e-mail a la siguiente dirección de correo electrónico:_____@_____.

Dejo constancia de que leí y recibí una copia de este Anexo y de las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza previo a su suscripción.

Firma:_____

Aclaración:_____

Tipo y Número de Documento: _____

Carácter del Firmante:

☐ Adherente

☐ Apoderado del Adherente

Lugar y Fecha: _____

Dejo constancia de que la firma que antecede fue puesta en nuestra presencia y corresponde a quien dice ser.

Firma y sello del Concesionario