



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Solicitud de Adhesión N°

Señores

Volkswagen SA de Ahorro para Fines Determinados

Presente

Por la presente, declaro conocer y aceptar los alcances de la modalidad denominada Plan Año Seguro pues tuve la posibilidad de:

- (a) Leer cuidadosamente la Solicitud de Adhesión y Anexos y considerar su contenido.
- (b) Realizar preguntas relacionadas con su aplicación.
- (c) Tener tiempo suficiente para tomar esta decisión, adoptándola en forma voluntaria.

En particular, dejo constancia que he sido informado y he comprendido que

1) Las ofertas de licitación deberán ajustarse a lo establecido en el Art. 6 Inc. II de la Solicitud de Adhesión, con excepción del monto mínimo, que podrá ser, a criterio de la Administradora, de 1 (una) alícuota (*)
(* La alícuota a utilizar es la emitida en el cupón de pago con vencimiento el mes anterior al Acto de Adjudicación.

Del mismo modo, la Administradora podrá no requerir el pago de integración mínima obligatoria establecido en el Contrato de Adhesión

2) Desde la cuota dos (2) y hasta la cuota trece (13) inclusive se aplicará sobre mi plan de ahorro una bonificación de hasta el veinticinco por ciento (25%) del Valor Móvil, que estará condicionada al retiro del Bien Tipo. Cualquier monto que supere dicho tope, será a mi cargo.

3) Cuento con un Seguro por Desempleo o Invalidez Total y Temporal, cuyo costo es a cargo exclusivo de Volkswagen SA de APFD.

- Dicho seguro se aplicará desde la cuota cinco (5) y hasta la cuota treinta (30) inclusive, contando la cobertura asegurativa con un plazo de hasta un (1) año, siempre que haya notificado debidamente a la Aseguradora y cumplido con los requisitos legales exigidos a tales fines.

- El Periodo de Espera es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se produce el desempleo o invalidez y el Periodo de Carencia es de treinta (30) días contados desde el inicio de vigencia de la cobertura.

- Es condición de cumplimiento de aplicación de dicho seguro, encontrarme al día en el pago de las cuotas del plan de ahorro y poseer una antigüedad laboral mínima de doce (12) meses.

- Asimismo, en caso de resultar beneficiario del seguro, la Sociedad Administradora cubrirá la cuota mensual del plan de ahorro, con excepción del seguro del Bien Tipo, el cual será a mi cargo.

- En caso de cesión del plan de ahorro, me obligo a notificar al cesionario sobre dichas condiciones comerciales, especialmente en lo que respecta al periodo de carencia (se aplicará nuevamente desde el ingreso del cambio de titularidad).

- Declaro conocer que el Seguro por Desempleo o Invalidez Total y Temporal se aplica a las personas físicas que se encuentran trabajando bajo relación de dependencia. En tanto, aquellas personas físicas inscriptas en calidad de trabajadores autónomos solo recibirán la cobertura asociada a Invalidez Total y Temporal. Quedan excluidas de la cobertura las personas jurídicas.

En todos los casos, la mora en el pago de las cuotas provocará la caducidad de los beneficios.

La rúbrica del presente es prueba suficiente de mi absoluta conformidad.

Firma:_____ Aclaración:_____ DNI:_____

La firma que antecede fue puesta en nuestra presencia y corresponde a quien dice ser.

Firma y sello del Concesionario