



# INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500  
www.institutoasegurador.com.ar

## SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Producto: \_\_\_\_\_

Canal Nivel 1 \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Canal Nivel 2 \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Canal Nivel 3 \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Canal Nivel 4 \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONTRATANTE** Póliza nº \_\_\_\_\_ Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL : \_\_\_\_\_ I.V.A. \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Cod Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Profesión / Oficio / Industria: \_\_\_\_\_

El/la que suscribe (1), \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad.

Asimismo que (2) SI / NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la nómina de funciones de "Personas Expuestas Políticamente-PEP" aprobada por la UIF (Unidad de Información Financiera), de las cuales me ha informado el Instituto y tengo a disposición en su página de Internet y que los fondos para el pago de este seguro son de origen lícito.  
 Además, asumo el compromiso de presentar la documentación requerida para las "PEP" e informar cualquier modificación que se produzca en este aspecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

(1) nombre y apellido completo (2) redondear SI o NO según corresponda

### DATOS DEL ASEGURADO INICIAL

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

Se adjuntan a la presente las Declaraciones Juradas de Salud y/o la Nómina de Asegurados que forman parte de esta Propuesta.

### COBERTURAS PROPUESTAS

COBERTURA PRINCIPAL MUERTE: \$ \_\_\_\_\_

### COBERTURAS ADICIONALES REQUERIDAS (su otorgamiento queda a consideración del Instituto)

INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE : \$ \_\_\_\_\_ INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE : \$ \_\_\_\_\_  
 RENTA DIARIA POR INTERNACION : \$ \_\_\_\_\_ por día RENTA DIARIA GENERAL con franquicia : \$ \_\_\_\_\_ por día  
 ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA con franquicia : \$ \_\_\_\_\_ SEPELIO: \$ \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO/S DEL SEGURO FALLECIMIENTO

(cuando el beneficiario es el contratante se entiende que lo es por todas las coberturas)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**PAGO DE PREMIO:** AL CONTADO \_\_\_\_\_ CUOTAS cantidad \_\_\_\_\_

PROPONGO al INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS S.A. la emisión de una Póliza de Seguro de ACCIDENTES PERSONALES sobre la base de las declaraciones transcritas en la presente solicitud y las declaraciones del personal sobre su estado de salud han sido efectuadas en carácter de declaración jurada, en conocimiento de los términos de las Condiciones Generales de Póliza aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación y la Ley de Seguros N° 17.418, todas las cuales conozco y acepto y en particular lo estipulado por el Art. 5 de la mencionada ley que establece: "Toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro".

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

AGENTE: \_\_\_\_\_Codigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACION DE DESCUENTO DE CUOTA POR LAS TARJETAS MASTERCARD - VISA - AMEX - NATIVA

El que suscribe, titular de la Tarjeta de Crédito **MARCAR LA QUE CORRESPONDE** . Número: \_\_\_\_\_ con vencimiento \_\_\_\_\_ autorizo a que las cuotas mensuales correspondientes a la contratación de la Póliza y las de sus endosos y renovaciones, emitidas por INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS S.A. sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de mi tarjeta citada precedentemente hasta la cancelación total de los saldos adeudados.

TITULAR DE LA TARJETA Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### TASAS DE PRIMA DEL SEGURO OTORGADO (para uso del Instituto) expresado en %

Muerte \_\_\_\_\_ Invalidez Total \_\_\_\_\_ Invalidez Parcial \_\_\_\_\_ Renta Diaria Int. \_\_\_\_\_ Renta Diaria Gral. \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ Sepelio \_\_\_\_\_

**INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500  
www.institutoasegurador.com.ar

**DECLARACION JURADA DE SALUD****DATOS DEL ASEGURADO:**

Nombre y Apellido: _____	Fecha nacimiento: _____	D.N.I.: _____
Calle: _____ N° _____	Piso: _____ Dpto: _____	Cod Postal: _____ Localidad: _____
Teléfono: _____	Fax: _____	Email: _____
Obra Social: _____	ART: _____	FUMA: _____
Oficio u Ocupación Principal: _____		
Actividad de la empresa en la que se desempeña: _____		
Enuncie actividades de riesgo que realiza: _____		

Peso Actual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Padece o ha padecido de alguna enfermedad?**

(detalle cuál, desde cuándo, si se encuentra bajo tratamiento y los datos completos del médico tratante)

**Padece, ha padecido o le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades? En tal caso Indique cuál.**

(Sistema cardiovascular, Hipertensión, Diabetes, Sistema nervioso, Epilepsia, Ulcera, Gastritis crónica, Enfermedades del pulmón, del hígado, del riñón, de próstata, del aparato genital, cáncer, tumores, trastornos mentales, venéreas, adicciones al alcohol, a la droga, SIDA HIV)

**Ha sufrido Ud. algún accidente, herida u operación quirúrgica?**

(indique en qué consistió, consecuencias, datos completos del sanatorio y médico que lo atendió)

**Posee Ud. alguna discapacidad física o psiquiátrica?**

(amputaciones, pérdida de la visión, epilepsia, etc.)

**Esta bajo tratamiento médico?**

(quién es el médico de consulta, de qué lo ha atendido y cuándo)

**Actualmente el Asegurado esta sano?****Autoriza al Instituto a solicitar informes acerca de su salud a médicos e instituciones que lo han asistido?**

**Relevo del secreto profesional, en cuanto se relacione con este Seguro, a los médicos que me han examinado, que me asisten actualmente o lo hagan en el futuro.**

**Completo la presente Declaración Jurada de Salud como requisito para ser incorporado en la póliza contratada por el Tomador declarando expresamente que entre ambas partes no existe relación laboral alguna.**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO:** Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE:** Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_