



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 retención, 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 _____