


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 VIDA INDIVIDUAL
TEMPORAL RENOVABLE**

Canal Nivel 1 _____ Plan _____ Canal Nivel 2 _____ Plan _____ Canal Nivel 3 _____ Plan _____ Canal Nivel 4 _____ Plan _____

DATOS DEL ASEGURADO

 Nombre y Apellido: _____ Fecha nacimiento: _____ D.N.I.: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
 Obra Social: _____ ART: _____
 Profesión / Oficio / Industria: _____ FUMA: _____

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 pagina 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 COMPLEMENTARIOS DEL ASEGURADO:

 Describa su Oficio u Ocupación Principal: _____
 Describa su Oficio u Ocupación Secundaria: _____
 Actividad de la empresa en la que se desempeña: _____
 Enuncie actividades deportivas que realiza: _____
 Enuncie actividades peligrosas que realiza: _____

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA:

 Asegurador: _____ Capital Asegurado: _____ Vigencia: _____
 Fueron aceptados sin recargos ni restricciones: _____
 Les ha sido rechazada alguna solicitud de seguros de vida: _____ Por Quién: _____ Cuando: _____
 Esta cobertura reemplaza otro seguro: _____ En Vigor o Caducado: _____

SEGURO QUE SE SOLICITA TEMPORAL A: _____ AÑOS (indicar lo que corresponda)

Capital Asegurado Muerte: \$ _____ Inicio de Vigencia: _____ Fin de Vigencia: _____

Coberturas adicionales solicitadas (su otorgamiento queda a criterio del Instituto)

 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (100% del capital) _____ MUERTE EN ACCIDENTE (100% del capital) _____
 ENFERMEDADES GRAVES (adelanto _____ % del capital _____ TRASPLANTES _____ % del capital _____

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO:

Nombre y Apellido: _____	Nació: _____	D.N.I.: _____	Parentesco: _____	Beneficio: % _____
Nombre y Apellido: _____	Nació: _____	D.N.I.: _____	Parentesco: _____	Beneficio: % _____
Nombre y Apellido: _____	Nació: _____	D.N.I.: _____	Parentesco: _____	Beneficio: % _____

PAGO DE PREMIO: AL CONTADO _____ CUOTAS cantidad _____

TASAS DE PRIMA DEL SEGURO OTORGADO (para uso del Instituto)

MUERTE: _____ ‰	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: _____ ‰	ACCIDENTE _____ ‰	ENFERMEDADES GRAVES: _____ ‰
TRASPLANTES: _____ ‰	OTRAS: _____ ‰		

INFORMACION DE SALUD BASICA

(según el capital a asegurar o la edad a criterio del Instituto podrá requerir una declaración adicional, estudios y dictámenes médicos)

Nombre y Apellido: _____ D.N.I.: _____ Sexo: _____
Altura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____

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, Úlcera, 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?

Releva Ud. de secreto profesional en cuanto se relacione con el seguro solicitado a los médicos que lo han examinado o que lo asistan o examinen en lo futuro?

PROPONGO al **INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA..ARGENTINA DE SEGUROS S.A.** el ALTA en una Póliza de Seguro de **VIDA INDIVIDUAL** sobre la base de las declaraciones transcritas en la presente solicitud que 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”**.

SOLICITANTE: Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

PROMOTOR: Nombre y Apellido: _____ DNI _____ 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: _____