



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 COMBINADO FAMILIAR

Solicito que una vez efectuada la inspección satisfactoria del riesgo, emitan una Póliza de Seguros de COMBINADO FAMILIAR, en base a lo requerido en la presente

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: _____ Nº _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
Obra Social: _____ ART: _____
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 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

REFERENCIAS DE LA VIVIENDA FAMILIAR A ASEGURAR

Calle: _____ Nº _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____ Localidad: _____
Propiedad Horizontal: _____ Casa en lote propio: _____ Superficie Cubierta: _____ m² Pileta de natación: _____
Vivienda: _____ Ocupación: _____ Zona: _____ Techo: _____
Grupo Familiar: _____ personas Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
Carácter en el cual contrata el seguro: _____

INICIO DE VIGENCIA SOLICITADO: _____ **FIN DE VIGENCIA:** _____

(en seguros nuevos la vigencia en general la otorga el Instituto en forma posterior a la inspección favorable del riesgo)

RIESGOS Y SUMAS A ASEGURAR

COBERTURA	MEDIDA DE LA PRESTACION	SUMA ASEGURADA pesos
Incendio Edificio	PRORRATA	
Incendio Contenido	PRORRATA	
Responsabilidad civil linderos	Primer Riesgo Absoluto	
Robo contenido general	PRORRATA / Primer Riesgo Absoluto	
Robo TV, Audio, Video - según detalle -	PRORRATA	
Seguro Técnico Equipos Electrónicos - según detalle -	PRORRATA	
Cristales	Primer Riesgo Absoluto	
Responsabilidad civil privada	Primer Riesgo Absoluto	
Accidentes personales Muerte e Incapacidad Total y Permanente - según nómina -	Según Baremo	

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA	MEDIDA DE LA PRESTACION	SUMA ASEGURADA pesos



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

DETALLE DE TV, AUDIO Y VIDEO

MARCA	MODELO	Nº de Serie	SUMA ASEGURADA \$

DETALLE DE EQUIPOS ELECTRONICOS (pc, impresora, scanner)

MARCA	MODELO	Nº de Serie	Características	SUMA ASEGURADA \$

DETALLE DE OBJETOS ESPECIFICOS

TIPO Y CARACTERISTICAS DE LOS OBJETOS A ASEGURAR	COBERTURA	SUMA ASEGURADA \$

NOMINA DE PERSONAS ASEGURADAS POR ACCIDENTES PERSONALES riesgo de muerte e incapacidad total y permanente.

Nombre y Apellido: _____ Fecha nacimiento _____ D.N.I.: _____ Capital: \$ _____
Nombre y Apellido: _____ Fecha nacimiento _____ D.N.I.: _____ Capital: \$ _____

INFORMAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA VIVIENDA

PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Cantidad de matafuegos: ____ Extintores Automáticos ____ Alarma de humo o fuego con monitoreo externo ____

PREVENCIÓN DE ROBOS

Llave doble paleta en todos los accesos ____ Rejas en ventanas a la calle o espacios abiertos ____ Medianeras de más de 1,80 mt ____
Personal de vigilancia ____ Alarma con monitoreo externo ____ Alarma con monitoreo externo con backup celular ____

PROPONGO al **INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS S.A.** la emisión de una Póliza de Seguro de COMBINADO FAMILIAR sobre la base de las declaraciones transcritas en la presente solicitud que han sido efectuadas en calidad 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: _____

SOLICITANTE Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

CANAL Nivel 1 Nombre y Apellido _____ DNI _____ Firma: _____

AUTORIZACION DE DESCUENTO DE CUOTA POR LAS TARJETAS MASTERCARD / VISA / 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: _____