


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 MUJER
TEMPORAL**

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: _____ Estado Civil: _____
Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
Obra Social: _____ ART: _____
Profesión / Oficio / Industria: _____ FUMA: _____

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 incluida y/o alcanzada 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:

Describe su Oficio u Ocupación Principal: _____
Describe 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: _____ Cuándo: _____
Esta cobertura reemplaza otro seguro: _____ En Vigor o Caducado: _____

SEGURO QUE SE SOLICITA TEMPORAL A: 5 años

Inicio de Vigencia: _____

CAPITALES ASEGURADOS

MUERTE - INCAPACIDADES PERMANENTES TOTAL Y PARCIAL X ACCIDENTE _____

ADELANTO ENFERMEDADES GRAVES _____

TRASPLANTES HASTA _____

TUMORES ESPECIFICOS FEMENINOS HASTA _____

RENTA DIARIA POR INTERNACION DE 4 A 180 DIAS _____

por día

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 : SEGURO DE VIDA MUJER 2009

DECLARACION JURADA 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)

En que fecha se hizo sus últimos exámenes Ginecológicos? Cuáles fueron?

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 riñon, 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 relaciones 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 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: _____

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

PROMOTOR: Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

OPINION DEL MEDICO DEL INSTITUTO: _____ EXTRAPRIMA: _____ %o

OPINION DEL SUSCRIPTOR O RESPONSABLE: _____

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: _____