

**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 SEPELIO COLECTIVO**Producto:** _____

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

TOMADOR:

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: _____

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 DEL ASEGURADO:

Nombre y Apellido: _____ Fecha nacimiento: _____ D.N.I.: _____
 Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____ Localidad: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____
 Obra Social: _____ FUMA: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL ASEGURADO:

Enuncie actividades deportivas que realiza: _____
 Enuncie actividades peligrosas que realiza: _____

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)

El Asegurado 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)

Esta bajo tratamiento médico?

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

Actualmente el Asegurado esta sano?

PROPONGO al **INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL CIA..ARGENTINA DE SEGUROS S.A.** el ALTA en una Póliza de Seguro de **SEPELIO COLECTIVO** sobre la base de las declaraciones transcriptas 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: _____

ASEGURADO o PADRE, MADRE o TUTOR

Apellido y Nombre: _____ DNI _____ Firma: _____

TOMADOR SOLICITANTE: Firma: _____

PRODUCTOR SOLICITANTE: Firma: _____