

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE COBERTURA:
Seguro Colectivo de Sepelio**



INSTITUTO DE SEGUROS S.A.
LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS

Artículo 5° de la Ley 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato"

N° Solicitud:

Solicito ser incluido en el plan de Seguro de Sepelio - Cobertura Prestacional/Reintegro de Gastos de Sepelio (según corresponda) por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con la aseguradora Instituto de Seguros S.A., a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente.

Datos del Tomador:

Nombre o razón social:

Domicilio: Localidad: Código Postal:

Provincia: Teléfono: Mail:

CUIT: Condición IVA: Actividad:

Datos Asegurado Titular:

Apellido y Nombre:

Tipo y N° de Documento: CUIT/CUIL: Sexo: F/M

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nac.: Estado civil:

Domicilio: Provincia: Código Postal:

Teléfono: Mail: Condición IVA:

De acuerdo con lo estipulado en las condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación

Datos Grupo Familiar Asegurable:

Nombre	Parentesco con el Asegurado Titular	Documento N°	Fecha de Nacimiento

Coberturas Solicitadas: (Deberá figurar solamente la opción seleccionada por el Tomador de la póliza)

.....
.....

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora.
En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Importante:
Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:
El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de Activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

Lugar y fecha:

.....
Sello y firma del Tomador

.....
Firma del Asegurado Titular Solicitante

Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Tomador como constancia.
Carlos M. Della Paolera 265 piso 27 - (C1001ADA). C.A.B.A. - Tel.: 011-4319-0800 líneas rotativas