

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO**  
Seguros de Vida Colectivo



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

Nombre del Contratante: .....  
Apellido y Nombre del Asegurado: .....  
Fecha de Nacimiento: ..... D.N.I.: .....  
Domicilio: .....

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (sin iniciales)	TIPO Y N° DE DOC.

COBERTURA	SI/NO	CAPITAL ASEGURADO
✓ Muerte		
✓ Cláusula Adicional en caso de Muerte por accidente.		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		

Es Ud. zurdo? .....  SI/NO

Indique si sufrió de enfermedad grave o incapacidad .....  SI/NO

Indique si goza de buena salud .....  SI/NO

En caso negativo, que enfermedad padece: .....  SI/NO

Paralelamente se desempeña en otra/s ocupaciones .....  SI/NO

Tiene contratado otro Seguro de Vida Colectivo en esta Compañía .....  SI/NO

Por que Suma? .....

Recuerde que es requisito indispensable para poder contratar este Seguro el estar al servicio activo del Contratante a la feha de la presente solicitud.

**Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución N° 90/2000 del Ministerio de Economía**

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios son los siguientes:

- A) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pago por medios electrónicos.
- B) Entidades bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.
- C) Tarjeta de débito, crédito o compras.

Lugar y Fecha de Solicitud: ..... / ..... / .....

.....  
FIRMA DEL TITULAR