

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega: escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; especificar en forma precisa la profesión u ocupación del solicitante y responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud. Ley N° 17.418 -Artículo 5° (Primera Parte) - "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".

DATOS DEL PERSONALES DEL ASEGURABLE

Nombres y Apellidos:			
DNI/CUIT:		Sexo:	
Fecha de Nacimiento:		Profesión u Ocupación:	
Domicilio / Calle:		N°:	Piso/Dpto:
C.P:	Localidad:		Provincia:
Teléfono:		E-mail: *	

DATOS DEL PERSONALES DEL TOMADOR (Si el Tomador es distinto del Asegurable)

Nombres y Apellidos:			
DNI/CUIT:		Vinculación con el Asegurable:	
Domicilio / Calle:		N°:	Piso/Dpto:
C.P:	Localidad:		Provincia:
Teléfono:		E-mail: *	

COBERTURAS

■ **COBERTURA POR FALLECIMIENTO**

Suma Asegurada: _____	Edad Mínima de Ingreso:	14 años
Plazo de Cobertura: _____	Edad Máxima de Ingreso:	60 años
Plazo de Gracia: _____	Edad Máxima de Permanencia:	99 años

■ **COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Suma Asegurada: _____	Edad Mínima de Ingreso:	14 años
Plazo de Cobertura: _____	Edad Máxima de Ingreso:	59 años
Plazo de Gracia: _____	Edad Máxima de Permanencia:	60 años (No Inclusive)

■ **COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Contratación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad Mínima de Ingreso:	14 años
Plazo de Gracia: _____	Edad Máxima de Ingreso:	59 años
	Edad Máxima de Permanencia:	60 años (No Inclusive)

■ **COBERTURA DE PÉRDIDAS ANATÓMICAS POR ACCIDENTE**

Contratación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad Mínima de Ingreso:	14 años
Plazo de Gracia: _____	Edad Máxima de Ingreso:	60 años
	Edad Máxima de Permanencia:	65 años (No Inclusive)

■ **COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN**

Contratación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad Mínima de Ingreso:	14 años
Plazo de Gracia: _____	Edad Máxima de Ingreso:	60 años
Plazo de Espera: _____	Edad Máxima de Permanencia:	65 años (No Inclusive)
Límite de Días de Internación Cubiertos: _____		
Suma Asegurada por Día de Internación: _____		

S: SVIT SS - F.I: 06/2020

■ **COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE**

Contratación: SÍ NO Edad Mínima de Ingreso: 14 años
 Plazo de Gracia: _____ Edad Máxima de Ingreso: 60 años
 Plazo de Espera: _____ Edad Máxima de Permanencia: 65 años (No Inclusive)
 Límite de Días de Internación Cubiertos: _____
 Suma Asegurada por Día de Internación: _____

■ **COBERTURA DE DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDADES CRÍTICAS**

Contratación: SÍ NO Edad Mínima de Ingreso: 14 años
 Plazo de Gracia: _____ Edad Máxima de Ingreso: 60 años
 Plazo de Espera: 90 días Edad Máxima de Permanencia: 65 años (No Inclusive)

■ **COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS**

Contratación: SÍ NO Edad Mínima de Ingreso: 14 años
 Plazo de Gracia: _____ Edad Máxima de Ingreso: 60 años
 Edad Máxima de Permanencia: 65 años (No Inclusive)

LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO (marcar la opción elegida)

Pago Único Renta Cierta

Plazo: _____ Periodicidad de pago de la renta: _____

PRÉSTAMOS

Tasa de Interés Anual: _____ Plazo del Préstamo: _____

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Documento	Orden	Proporción
			%
			%
			%
			%

DATOS SOBRE OTROS SEGUROS DE VIDA

¿En qué compañías tiene seguros de vida en vigor, qué tipo de cobertura y qué sumas?

¿Ha tenido otros seguros de Vida? SÍ NO En caso afirmativo, indicar cuándo caducaron y el nombre de la Compañía:

¿Fueron aceptados los seguros de vida anteriores, sin recargos ni restricciones? SÍ NO

¿Le ha sido rechazada o postergada alguna solicitud de seguro de vida o de rehabilitación? SÍ NO

¿Tiene pendiente de resolución alguna solicitud de seguro o de rehabilitación? SÍ NO

¿Está destinada esta solicitud a reemplazar a un seguro de vida en vigor o a un caducado? SÍ NO

Observaciones:

Declaraciones adicionales ¿Es zurdo?:

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORARIO

SOLICITUD DE SEGURO



Por la presente convengo que:

1. No habrá contrato de seguro a menos que se emita y entregue una póliza de acuerdo con esta solicitud y se pague la primera prima completa estando el asegurable con vida.
2. Todas las declaraciones y respuesta consignadas en esta solicitud como también las hechas o que hayan de hacerse al Médico Examinador y Cuestionarios, son completas, exactas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la póliza solicitada.
3. Ningún Agente está facultado para exceptuar condición alguna de la Compañía ni modificarlas Condiciones Generales, Cláusulas Particulares y las de las Cláusulas Adicionales.

El propietario de cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, será el Contratante si fuese distinto al solicitante y este último en caso contrario.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguro, empleados, u otras instituciones o personas que tengan conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO DE ENTRE RÍOS.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado: _____

Firma del Tomador: _____