SOLICITUD INDIVIDUAL DE COBERTURA
SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO
Reintegro de Gastos

Artículo 5° de la Ley 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun 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".

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.

N° Póliza:

Solicito ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio - Cobertura Reintegro de Gastos por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las condiciones convenidas con el Instituto Provincial del Seguro de Entre Ríos (I.A.P.S.E.R.) a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y Razón Social:		
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	C.P:
Teléfono:	E-mail:	
CUIT:	Condición frente al IVA:	
Actividad:		

DATOS ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombre:				
Tipo y N° de Documento:		CUIT/CUIL:		
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		
Sexo: F ☐ M ☐	Estado Civil:	Profesión u Ocupación:		
Calle:		N°:	Piso:	Dpto:
Barrio:		Localidad:		
Provincia:	C.P:	Condición frente al IVA:		
Teléfono:		E-mail:		

F: SIC SCS RG - 05 2019

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

DATOS GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

Apellido y Nombres	Parentesco con el asegurado titular	Documento N°	Fecha de Nacimiento	Premio
			Premio Total $	

COBERTURAS SOLICITADAS: REINTEGRO DE GASTOS

Gastos derivados del Servicio de Sepelio/Inhumación y/o Cremación hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima que se indica en Condiciones Particulares.

IMPORTANTE - Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:
El Tomador contratante 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

Firma del Tomador

Firma del Asegurado Titular Solicitante

1 *Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Tomador como constancia.*

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Atención al asegurado 0800-666-8400
Nº de insc. en SSN 0254

SOLICITUD INDIVIDUAL DE COBERTURA
SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO
Reintegro de Gastos

Artículo 1° - Objeto del Seguro

Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada durante la vigencia de esta póliza, estando ella y el respectivo Certificado Individual de Cobertura en pleno vigor, y una vez transcurrido el Plazo de Carencia que se indica en el artículo 9° de las Condiciones Generales Comunes de la póliza (de resultar aplicable), la Aseguradora se obliga a reembolsar a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

Artículo 2° - Capitales Asegurados

El capital individual asegurado será uniforme para todos los integrantes del grupo, pero podrá convertirse una fracción del mismo para los menores de 14 años.

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los Asegurados de treinta (30) días corridos, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de los mismos.

Artículo 3° - Requisitos por fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador efectuará el reintegro de los gastos de servicio de sepelio, a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado su pago.

El Contratante, los parientes, personas allegadas o los herederos legales, según corresponda harán la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El pago de beneficio se efectuará dentro de los quince (15) días corridos de haber recibido las siguientes pruebas:

a) Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.

b) Comprobante original de los gastos realizados para el sepelio.

c) El Certificado Individual de cobertura que amparaba al extinto.

d) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte.

En el caso de que la persona fallecida fuera integrante del Grupo Familiar asegurado, también se deberá presentar:

a) La documentación probatoria del vínculo con el Asegurado Titular.

b) Documentación probatoria de su inclusión en la póliza (Certificado Individual de cobertura)

Si un asegurado falleciera en circunstancia en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la entidad si fuera notificada de ello se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 4° - Ejecución del Contrato

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en caso de ocurrencia del siniestro, quedando establecido que el reembolso de los gastos de sepelio del asegurado fallecido, será efectuado directamente a la persona que acredite haber efectuado los gastos.

Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R. www.institutoseguro.com.ar

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Atención al asegurado 0800-666-8400
Nº de insc. en SSN 0254