



Productor:

Cliente N°:

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 de riesgo, hace nulo el contrato".

DATOS DEL ASEGURABLE

| | | |
|------------------------|----------------|------------|
| Apellidos y Nombres: | | |
| DNI/CUIT: | Sexo: | |
| Fecha de Nacimiento: | / | / |
| Profesión u Ocupación: | | |
| Domicilio: | Piso: | Dpto: |
| Localidad: | Código Postal: | Provincia: |

| Edad | Módulo A | | | Módulo B | | | COBERTURA POR FALLECIMIENTO |
|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------|---------------|-------------|-------------------------------------|
| | Suma Asegurada | Costo Mensual | Costo Anual | Suma Asegurada | Costo Mensual | Costo Anual | |
| Entre 14 y 35 años | \$ 600.000 | \$ 300 | \$ 3.600 | \$ 1.200.000 | \$ 500 | \$ 6.000 | Suma Asegurada: |
| Entre 36 y 40 años | \$ 500.000 | \$ 300 | \$ 3.600 | \$ 1.000.000 | \$ 500 | \$ 6.000 | Cantidad de cuotas: |
| Entre 41 y 50 años | \$ 450.000 | \$ 300 | \$ 3.600 | \$ 800.000 | \$ 500 | \$ 6.000 | Plazo de Cobertura: 1 año |
| Entre 51 y 55 años | \$ 400.000 | \$ 300 | \$ 3.600 | \$ 600.000 | \$ 500 | \$ 6.000 | Edad Mínima de Ingreso: 14 años |
| Entre 56 y 60 años | \$ 300.000 | \$ 300 | \$ 3.600 | \$ 500.000 | \$ 500 | \$ 6.000 | Edad Máxima de Ingreso: 60 años |
| | | | | | | | Edad Máxima de Permanencia: 99 años |

NOTA: Los premios establecidos en este plan, corresponden a la Provincia de Entre Ríos. Pueden variar de acuerdo a los impuestos o sellados propios de cada jurisdicción.

BENEFICIARIOS

| Apellidos y Nombres | Tipo y N° de Documento | Parentesco | Proporción |
|---------------------|------------------------|------------|------------|
| | | | % |
| | | | % |
| | | | % |
| | | | % |
| | | | % |

DECLARACIÓN PERSONAL

*Marcar lo que corresponda

| | | |
|--|--|--|
| ¿Hace Ud. vida sedentaria o realiza deporte? | ¿Cuáles? | |
| ¿Practica o emplea Ud. la aviación? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿En qué carácter? | | |
| ¿Piensa Ud. tomar parte en carreras mecánicas? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Consumo Ud. habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (cantidad diaria) | | |
| ¿Fuma? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (cantidad diaria de cigarrillos, pipa, etc.) | | |
| ¿Necesita o necesitó Ud. hacer uso de sedante? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Por qué motivos? | | |
| ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (indicar parentesco) | | |
| Estatura exacta: | Peso exacto (vestido): | |
| ¿A sufrido Ud. en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias? (en caso afirmativo marque con una x) | | |
| <input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales | <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados o hinchados |
| <input type="checkbox"/> Sudoración y/o fiebre nocturna persistentes | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas | <input type="checkbox"/> Dolores Articulares | <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas |
| <input type="checkbox"/> Cólicos intestinales | <input type="checkbox"/> Mareos persistentes | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Opresión o palpitations cardíacas | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre |

(1) En estos casos se deberá firmar previamente la autorización del débito. (2) En estos casos se deberá informar a la Cía. del pago efectuado, enviando el comprobante e indicando el número de póliza por e-mail o cualquier otro medio fehaciente a Tesorería y Cobranzas de IAPSER SEGUROS para permitir su identificación y posterior aplicación contable.

Pautas de Cobranzas: Efectivo: sólo en caja de Casa Central de IAPSER Seguros. Tarjeta de Débito o Crédito (MasterCard, Cabal, Visa, Naranja, Sidecreer), en todas nuestras oficinas. Cheque, únicamente librado por el Asegurado a la orden del Instituto Autárquico Provincial del Seguro.

FORMAS DE PAGO

CONTADO CUOTAS Cantidad de cuotas: _____

• DÉBITO AUTOMÁTICO POR CBU: No Si CBU N° / ALIAS: _____

• PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO: No Si SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO

| | |
|---|-------------------------|
| Titular: | Tipo y N° de Documento: |
| Entidad Emisora de la Tarj. de Crédito: | N° de Tarjeta: - - - |
| Tipo de Tarjeta: MASTERCARD <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> CABAL <input type="checkbox"/> NARANJA <input type="checkbox"/> SIDECREER <input type="checkbox"/> | |
| Vencimiento de la Tarjeta: (Mes y Año) | |

En mi carácter de titular/adherente de la tarjeta arriba mencionada, manifestando mi expresa adhesión al sistema de Débito Automático, para lo cual autorizo que el monto de los premios que correspondan a los contratos de seguros emitidos por el INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO, bajo el nombre de _____ sean debitados en forma directa y automática en el resumen de cuenta la misma.

En caso de no poderse debitar el importe por algún problema relacionado con la vigencia o validez de la tarjeta, me comprometo a efectuar el pago por alguna vía ante el solo requerimiento de esta Compañía, quedando convenido expresamente que la falta de pago de los premios hará suspender en forma automática la vigencia de las coberturas a que correspondan los saldos deudores.

La adhesión al sistema de Débito Automático no implica la cancelación automática de los premios, ni novación de la deuda y la imposibilidad de efectuar débito en el resumen de la tarjeta, solo podrá ser aducida a la falta de pago, por cualquier causa no imputable ni el asegurado ni esta aseguradora.

Dejo también aclarado que la aceptación por Ustedes de esta autorización no implica la aceptación de solicitudes de cobertura, la que solo resultaran de los datos del asegurado.

Aclaración, tipo y N° de Documento

Firma del Titular

• OTROS MEDIOS DE PAGO HABILITADOS: No Si

DECLARACIÓN JURADA PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE Y SUJETO OBLIGADO

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que Si / NO me encuentra incluido/a y/o alcanzado/a dentro de la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que es de mi conocimiento. Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrido, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Declaro bajo juramento que Si / NO , me encuentro incluido/a en la categoría de SUJETO OBLIGADO, conforme lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley 25246 y modificatorias y que cumplo con las exigencias descriptas en los artículos 21 y 21 bis de la mencionada Ley y las reglamentaciones emitidas por la UIF. Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrido, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

LICITUD DE FONDO

Manifiesto en carácter de Declaración Jurada, que el origen de los fondos correspondientes a la contratación de póliza/s de seguro/s (1): _____ se relaciona con (2): _____ cuya constancia adjunto (3).

* (1) Seguros Patrimoniales, Vida o Retiro, (2) giro habitual de la actividad, otros; (3) documentación respaldatoria para flujo de fondos, o transacciones por fuera del giro habitual.

En el caso que intervenga un Intermediario (Apoderado, Representante Legal, Tutor, Curador, Garante) completar la siguiente información:

| | | |
|--------------------|----------------------|------------|
| Nombre y Apellido: | | |
| DNI N°: | CUIL/CUIT/CDI N°: | |
| Domicilio: | Localidad: | Provincia: |
| Teléfono: | E-mail: | |
| Carácter Invocado: | Código de Actividad: | |
| Observaciones: | | |

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Dejo expresa constancia que el Asegurador podrá efectuar la entrega de la documentación relacionada con el presente seguro por los siguientes medios electrónicos:

a) Página institucional de Internet del Asegurador: www.iapserseguros.com.ar

b) Correo electrónico del Asegurado o Tomador: _____ . Habiendo consignado correo electrónico dejamos expresa constancia de nuestra aceptación a la entrega, que el Asegurador pudiere efectuarnos por ese medio, de la documentación relacionada con el seguro que por la presente solicitamos.

El Asegurado o Tomador podrá solicitar en cualquier momento al Asegurador un ejemplar en original de la presente documentación.

BASE DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recolectados serán tratados por el Instituto Autárquico Provincial del Seguro (I.A.P.S.), quien se encuentra debidamente inscripto como Responsable de Base de Datos ante la Agencia de Acceso a la Información Pública, Registro de Responsable de Bases de Datos en el Legajo No: RL-2019-79254210-APN-DNPDP#AAIP. Las bases de datos en las cuáles se incorporarán los datos del titular han sido debidamente registrados, considerando que la finalidad de dicha recolección es la Prestación de Servicios de Seguro, así como la gestión de usuarios para nuestros aplicativos electrónicos. Para más información sobre el tratamiento de sus datos personales, se encuentra a su disposición nuestra Política de Privacidad, así como el Manual de Tratamiento de Datos Personales.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud, en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. Para hacer ejercicio de sus derechos tenga a bien comunicarse a datospersonales@institutoseguro.com.ar o bien, acudiendo personalmente a San Martín 918, Paraná, E. Ríos. La Agencia de Acceso a la Información Pública (<https://www.argentina.gob.ar/aaip>), tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Manifiesto conocer las Condiciones Generales y particulares de la póliza aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación que acepto en sus términos, firmado la presente solicitud en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 ____ .

NOTA: La información solicitada en el presente formulario es muy importante. Su omisión implicará la no aceptación de la Propuesta de Seguro. Recordamos mantener actualizada la información sobre los riesgos cubiertos.

LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, CUYOS DATOS SE DETALLAN UT-SUPRA, NO OBLIGAN NI IMPLICAN ACEPTACIÓN DEL RIESGO ART. 4° DE LA LEY DE SEGUROS.

Firma

Aclaración, Tipo y N° DNI

PRODUCTOR:

Código: