

**SOLICITUD DE SEGURO**

**Sección Vida  
 Plan: Sepelio Individual**

Solicito por la presente a: INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO una póliza en el Plan Seguro de Sepelio Individual de Conformidad con las Condiciones Generales que se transcriben al dorso y que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

**1° - DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Apellido y Nombres completos: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profesión u Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio. Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso y/o Dpto: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Nacido en: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Según datos extraídos de (citar clase y número de documento de identidad) \_\_\_\_\_ por lo que la edad al cumpleaños más cercano es de \_\_\_\_\_ años.-

**2° - SEGURO DE SEPELIO SOLICITADO,**

Carencia Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**MEDIO DE PAGO**

Forma de pago de las primas por descuento mensual por CBU

**DECLARACIÓN JURADA (Marcar lo que corresponda)**

- a) ¿Sufre actualmente o ha sufrido en los últimos 5 años alguna enfermedad o dolencia que le haya obligado a consultar a un médico? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- b) ¿Ha sufrido usted alguna herida o accidente, cuál? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- c) ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica, cuál? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- d) ¿Padece de algún defecto o incapacidad física, cuál? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- e) ¿Está usted bajo control, régimen o tratamiento médico alguno? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- f) ¿Recibe usted algún tipo de medicación: cuáles y para qué? \_\_\_\_\_ **SI** **NO**

**NOTA:** En caso afirmativo, indique detalles, fechas, diagnósticos, tratamientos y estado actual:

3°.- Declaro en mi nombre y en el de cualquier otra persona que tenga o reclame un interés en cualquier póliza que a consecuencia de ésta solicitud se estima, que las respuestas arriba dadas, aún cuando ellas no sean escritas de mi puño y letra, son completas y verdaderas y constituyen el motivo de mi contrato con el INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO formando parte del mismo. Asimismo declaro que el Instituto no asume responsabilidad alguna hasta que el riesgo haya sido aceptado y emitida la póliza respectiva.

El asegurable solicita su incorporación en el Seguro de Sepelio en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y/o Especiales de esta póliza, que declara conocer y aceptar y cuyas disposiciones principales obran en la respectiva póliza individual y sobre la base de la información que aquí proporciono. Entiendo que cualquier declaración falsa, aún de buena fe lo mismo que la falta de pago de 2 (dos) cuotas hará perder a mí todo derecho a indemnización y/o prestación de servicios, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**