Nación Seguros

Solicitud de Adhesión Individual
Seguro Colectivo de Deudores
Titulares de Préstamos

Nombre del Contratante: Fondo Nacional de las Artes **N° de CUIT:** 30-54667741-5 **N° de Póliza:** 6796

La presente declaración deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante. Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Solicito a la Compañía Nación Seguros S.A., mi incorporación al Seguro Colectivo de Deudores , en un todo de acuerdo con las coberturas del seguro que se establecen en las condiciones de Póliza emitida a nombre del Contratante.

El Solicitante está obligado de notificar a la Compañía de manera fehaciente cualquier modificación de datos registrados en esta solicitud.

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ *(!) Adjuntar copia* Fecha de Nacimiento: ___/___/_____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono Particular: (_____) _____ E-mail (*): _____

Profesión/Ocupación: _____ Tareas que desarrolla: _____

Fecha de Ingreso al empleo: ___/___/_____ ¿Su empleo es permanente? ☐ NO ☐ SI Remuneración Mensual: $ _____

Referencia laboral/ personal/ comercial: 1) _____ 2) _____

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. _____

¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias); psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares; gota, cáncer, tumores, diabetes; y/o alguna otra afección no mencionada anteriormente que haya requerido internación en una clínica u hospital para su tratamiento o diagnóstico?

☐ NO ☐ SI ¿Cuál?: _____

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, 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. Artículo N° 5 de la Ley de Seguros Nº 17.418.

* ¿Desea recibir la póliza en forma electrónica en su casilla de e-mail? ☐ NO ☐ SI

Cotitulares

1) Apellido y Nombres: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____

2) Apellido y Nombres: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____

3) Apellido y Nombres: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ % de Participación sobre el Préstamo _____

Producto

Linea de Préstamo solicitado : _____ Préstamo Nro: _____

Monto Inicial del Préstamo: _____ Moneda: ☐ $ ☐ u$s _____

Plazo en Años: _____ Sucursal: _____

Coberturas: ☐ Fallecimiento ☐ Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente

Pago de Primas: Mensual

Capital Asegurado:

Saldo de deuda a la fecha del siniestro hasta el tope del Capital Asegurado Máximo Individual. Incluye: Amortización de capital pendiente de cancelación.

Beneficiarios:

El beneficiario de este seguro será el acreedor del préstamo otorgado. Con el pago del beneficio, el asegurado o sus herederos legales quedaran liberados de la deuda por el monto del siniestro abonado.

Acreedor: _____

Se entregará un Certificado Individual de Cobertura al momento de la emisión del Préstamo.

IMPORTANTE: Si el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza.

Pago de la prima: ☐ 100% a cargo del Tomador ☐ 100% a cargo del Asegurado

_____

Firma y aclaración del Solicitante.

IMPORTANTE: *Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; b) Entidades Financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526; c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065; d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. La cobertura no entrará en vigencia hasta tanto el pago efectuado se encuentre acreditado en la cuenta corriente de Nación Seguros S.A. Declaro estar en conocimiento y aceptar las condiciones del seguro que mediante esta solicitud requiero. Asimismo declaro bajo juramento que la información que he dado es completa y verídica y que, cualquier error, simulación o fraude en que hubiera incurrido será causal de pérdida del derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.*

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley Nº 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo Nº 21, inciso c) de la Ley Nº 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Solicitante.	Firma y aclaración del titular de la tarjeta/cuenta. *(En caso que fuera distinto al solicitante.)*	Firma y aclaración del Asesor

Legajo _____

Uso Exclusivo de Nación Seguros

☐ Agente Institorio ☐ Productor

☐ Agencia ☐ Organizador

Sello de Recepción

(!) La presente solicitud no tendrá valor de cobertura hasta tanto Nación Seguros S.A. no se haya expedido sobre la aceptación del riesgo correspondiente y haya sido efectuado el primer débito.

NACION SEGUROS

Declaración Jurada de Salud
Seguro de Vida Colectivo Optativo

1 (Una) Pregunta

Nombre del Contratante:	Fondo Nacional de las Artes	**N° de CUIT:**	30-54667741-5	**Póliza:**	6796
Nombre y Apellido:		**Tipo y N° de Documento:**			

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

La presente Declaración Jurada de Salud, deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, previa lectura del Artículo N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418, el cual refiere que : Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, 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.

Peso: _____ **Altura:** _____

Presión Arterial (Si no la conoce complete con una X):

Máxima: _____ **Mínima:** _____

A su saber y entender usted ¿padece, padeció o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias); psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares; gota, cáncer, tumores, diabetes y/o alguna otra afección no mencionada y que considere declarar?

☐ **SI** ☐ **NO** **Detalle:** _____

_____

_____

El Solicitante declara bajo juramento que las respuestas son completas y verdaderas.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

_____
Firma del Solicitante

_____
Aclaración de Firma del Solicitante

COM-192/0- 03/2015

Nación Seguros

DDJJ de Salud 10 Preguntas

Solicitud de Adhesión Individual Seguro de Vida Colectivo

Nombre del Contratante:	Fondo Nacional de las Artes	**Nº de CUIT:**	30-54667741-5
Nombre y Apellido del Solicitante:		**Tipo y Nº de documento:**	

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. (Art. 5 Ley 17.418)

La presente declaración deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante. Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Peso: _____ Kg. Estatura: _____ Mts. ¿Es Ud Zurdo? ☐ No ☐ Sí

Presión Arterial (Si la conoce) Máxima: _____ Mínima: _____ Si no la conoce, marque con una X: ☐

Obra Social o Medicina Prepaga: _____ Nro. de Afiliado: _____

1- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar cantidad diaria: _____

2- ¿Usted fuma?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar cantidad diaria: _____

3- ¿Tiene Usted alguna razón para pensar que su salud no es buena?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

4- ¿Usted adolece de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

5- ¿Ha sufrido algún accidente, intervención quirúrgica y/u hospitalización en los últimos diez años?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

6- ¿Usted padece, padeció o ha recibido algún tratamiento en los últimos 10 años por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, Infartos, angina de pecho, arritmias,etc.), psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares y/o alguna otra afección de importancia hasta la fecha?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

7- ¿Esta en tratamiento médico y/o psiquiátrico actualmente por algún motivo o ingiere alguna medicación en forma habitual?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

8- ¿Posee algún Seguro de Vida?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, ¿en que Compañía y por qué monto? _____

9- Si Ud. es mujer: ¿Ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos o enfermedades propias de la mujer?

☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, amplie: _____

10- Si Ud. esta embarazada:

a) ¿De cuantos meses se encuentra? _____

b) ¿Tiene problemas de la gestación? ☐ No ☐ Sí En caso Afirmativo, detallar diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual:

Lugar y Fecha: _____

_____ Firma y aclaración del Solicitante.

_____ Firma y aclaración del Asesor

Legajo _____