

Nombre del Contratante: INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGÍA INDUSTRIAL **N° de CUIT:** 30-54668706-2 **N° de Póliza:** 6305

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 Vida, 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. _____ ¿Es Ud. zurdo? NO SI

¿Tiene Ud. conocimiento de padecer o haber padecido alguna enfermedad en los últimos 3 años? NO SI ¿Cuál?: _____

Apellido y Nombres del Cónyuge: _____ Sexo: M F

Documento del Cónyuge: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene Ud. conocimiento de padecer o haber padecido alguna enfermedad en los últimos 3 años? NO SI ¿Cuál?: _____

¿Es Ud. zurdo? NO SI

"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 5º de la Ley de Seguros N° 17.418.

Modalidad de envío de póliza/Certificado:

Al domicilio del Asegurado A través del Tomador / Contratante A través del Agente / Productor A la dirección indicada en el campo E-mail (*)

Designación de Beneficiarios del Solicitante

1) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (!): _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (!): _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (!): _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

4) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F % _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Relación (!): _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

La suma de los porcentajes para cada uno de ellos no puede superar el 100%.

IMPORTANTE: De no designarse Beneficiarios se tomarán como tales a los Herederos Legales.

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.

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en **(Marcar con una X según corresponda) [] Ingresos de Haberes [] Ahorros en Cuenta [] Ganancias [] Actividad Comercial [] Premios de Juegos de azar [] Operación Inmobiliaria [] Compra-Venta de bienes Mueble [] Herencia [] Donación [] Cesión [] Otros** según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 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 el Anexo I de la Resolución N°230/2011 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 N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 230/2011 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar .

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Solicitante.

Firma y aclaración del Cónyuge.
(En caso de haber solicitado su cobertura)

Firma y aclaración del Asesor

Legajo _____

Uso Exclusivo de Nación Seguros

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agente Institorio | <input type="checkbox"/> Productor |
| <input type="checkbox"/> Agencia | <input type="checkbox"/> Organizador |

Sello de Recepción

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