



SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"
 FUNDADA EN 1901 - INSTITUCION MUTUALISTA
 Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires



SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A.
 0800-222-7776 - Av. Córdoba 1.666 – Piso 4°
 (C1055AAT) CABA – ARGENTINA

SOLICITUD DE COBERTURA SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO

Artículo 5° de la Ley 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fé, 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 incorporado 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.

Solicito ser incluido en el plan de Seguro Colectivo de Sepelio – Cobertura Prestacional por la suma que tenga o pueda tener derecho de acuerdo a las Condiciones convenidas con la aseguradora **SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A.** – CUIT 30-70833318-9 – a quien me comprometo a abonar el premio correspondiente y los ajustes que puedan establecerse a futuro.

Datos del Tomador:

Razón Social: Sociedad Militar "Seguro de Vida" Institución Mutualista

CUIT: 30-52751673-7

Domicilio: Avenida Córdoba 1674 – CP 1055 – C.A.B.A.

Datos del Asegurado Titular:

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° de Documento: _____ CUIT / CUIL: _____

Sexo: M / F Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Asociado de SMSV: SI / NO

Datos de Asegurados adicionales:

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

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° DNI	Fecha de Nacimiento	Importe



SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"
FUNDADA EN 1901 - INSTITUCION MUTUALISTA
Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires



SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A.
0800-222-7776 - Av. Córdoba 1.666 – Piso 4°
(C1055AAT) CABA – ARGENTINA

DATOS PARA EL PAGO

Tomo conocimiento que las primas correspondientes deberán ser descontadas de mi liquidación de haberes en actividad conforme Decreto 14/2012 (o la norma que en el futuro la reemplace), cuyo certificado me obligo a entregar al tomador a la brevedad.

La presente solicitud constituye autorización suficiente para que el ente liquidador de mis haberes de retiro realice los descuentos que el tomador curse, para su aplicación al pago de las primas pertinentes.

En todos los casos de falta de efectivización de descuentos sobre mis haberes, quedo obligado a concurrir a la sede del tomador (SMSV IM) para informarme sobre montos adeudados y forma de cancelación, pudiendo realizar los pagos pendientes directamente por algunos de los siguientes canales:

- Línea de cajas de tesorería en Casa Central (Av. Córdoba 1674) y todas sus Filiales (Consultar en <https://www.smsv.com.ar/websmsv/inicio/filiales>)
- Pago Fácil. Deberá indicar que es un pago a Sociedad Militar y brindar su número de DNI. Pago Fácil informará al solicitante el importe total a abonar por los seguros contratados (no admitirá pagos parciales).
- Otro medio de pago habilitado oportunamente por SMSV.

Importante:

Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo:

El Asegurado 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.

Acepto recibir cualquier documentación e información relacionada con mi póliza a través del correo electrónico a mi casilla de mail consignada en la presente solicitud. El envío a mi casilla de mail por parte de SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A. de la información y/o documentación señalada constituirá suficiente prueba de la entrega de la misma. Sin perjuicio de lo anterior, me asiste el derecho de solicitar el original de la póliza en formato papel en cualquier momento, sin cargo alguno. Esta autorización no invalida la posibilidad de recibir información y/o documentación a través de cualquier otro medio válido, como ejemplo: correo postal.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración Asegurado Titular Solicitante

Recepcionado por

Esta solicitud será cumplimentada por duplicado, quedando éste en poder del Asegurado Titular como constancia.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEBEN COMUNICARSE DENTRO DE LAS 24 HORAS AL 0800-999-7373

POR CONSULTAS RESPECTO DE MONTOS ADEUDADOS Y FORMAS DE CANCELACIÓN,
COMUNICARSE CON SMSV IM AL 0810-222-7678