



Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_ N° de CUIT: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

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 N° 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

Línea 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 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 la Resolución N° 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 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° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio [www.uif.gov.ar](http://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**

- |                                            |                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 haya expedido sobre la aceptación del riesgo correspondiente y haya sido efectuado el primer débito.

Nombre del Contratante:	<input type="text"/>	N° de CUIT:	<input type="text"/>	Póliza:	<input type="text"/>
Nombre y Apellido:	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento:	<input type="text"/>		

**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



Nombre del Contratante:	<input type="text"/>	Nº de CUIT:	<input type="text"/>	Póliza:	<input type="text"/>
Nombre y Apellido:	<input type="text"/>		Tipo y Nº de Documento:	<input type="text"/>	

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.

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)

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley Nº 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 Nº 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 usted 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: \_\_\_\_\_

**En caso de respuestas afirmativas, por favor amplíe y especifique las mismas en el renglón correspondiente.**

1- ¿Adolece usted de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad? ¿Sufrió algún accidente y/o intervención quirúrgica en los últimos 10 años?

No  Sí Amplie: \_\_\_\_\_

2- 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 que considere declarar?

No  Sí Amplie: \_\_\_\_\_

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

No  Sí Amplie: \_\_\_\_\_

4- En caso de ser mujer: ¿Ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos, o enfermedades propias de la mujer?

No  Sí Amplie: \_\_\_\_\_

¿Esta ud embarazada?  Sí  No

¿Tiene problemas de gestación?  Sí  No Amplie: \_\_\_\_\_

5- ¿Posee algún seguro de vida? En caso afirmativo, indicar la Compañía y el monto.

No  Sí Amplie: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Asesor

Legajo \_\_\_\_\_