



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

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO VOLUNTARIO Solicitud de Incorporación Individual y Designación de Beneficiarios

N° DNI DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

**TOMADOR: SOCIEDAD MILITAR SEGURO DE VIDA - Institución Mutualista**

Fecha de ingreso al empleo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATOS DEL **TITULAR / CÓNYUGE** (Tachar lo que no corresponda)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio / calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

El Asegurado tiene derecho a designar uno o más Beneficiarios. El orden designado determinará la prioridad del pago. En caso de fallecimiento de los Beneficiarios designados en primer orden, el beneficio corresponderá a los Beneficiarios del siguiente orden de prelación.

Si se designaran dos o más Beneficiarios sin indicar los correspondientes porcentajes, el beneficio será prorrateado en partes iguales. Si un Beneficiario falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás Beneficiarios, si los hubiese, en forma proporcional. La sumatoria de los porcentajes asignados no podrá exceder el 100% del capital asegurado dentro del mismo número de orden. En caso de NO designar Beneficiarios o si la designación fuera ineficaz, el beneficio correspondería a los herederos legales.

En caso de existir más de una declaración de Beneficiario, tendrá validez la última registrada.

ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DNI	% DEL BENEFICIO



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

**PRINCIPALES DISPOSICIONES DEL SEGURO:**

Activos: Este seguro cubre el riesgo de muerte sin límite de edad a los titulares y a sus cónyuges, adiciona cobertura por incapacidad total y permanente derivada de enfermedad o accidente, las pérdidas físicas parciales por accidentes y pago anticipado del 50% del capital por enfermedades graves hasta los 65 años. Jubilados/Retirados: Este seguro cubre el riesgo de muerte sin límite de edad a los titulares y a sus cónyuges, adiciona cobertura por muerte accidental hasta los 65 años. El capital asegurado se establece en función de la jerarquía.

El ASEGURADO toma conocimiento que las primas correspondientes deberán ser descontadas de su liquidación de haberes en actividad.

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.

**ES RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO TITULAR, CONTROLAR EL DESCUENTO DE LA PRIMA DEL SEGURO EN SU LIQUIDACION MENSUAL DE HABERES. NO SE CUBRIRÁN CERTIFICADOS QUE NO TENGAN ABONADAS LAS PRIMAS DEL SEGURO, AL DÍA DE OCURRIDO EL SINIESTRO.**

**En caso de Siniestro comunicarse con GUARDIA SMSV SEGUROS al 0800-999-7373 (las 24hs).**

**Por consultas respecto de montos adeudados y formas de cancelación, comunicarse con SMSV IM al 0810-222-7678 o vía correo electrónico a [segurocolectivo@smsv.com.ar](mailto:segurocolectivo@smsv.com.ar)**

Lugar y fecha de declaración: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y ACLARACIÓN ENTE TOMADOR**