

Período ANUAL: Período CORTO: indicar duración de período corto: días.

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

TOMADOR	Apellido o Razón Social					Nombres								
	Fecha de Nacimiento		Domicilio			Código Postal		Localidad		Provincia				
	Teléfono Particular		Teléfono Comercial		Nacionalidad		DNI / CUIL / CUIT			Sexo				
										M F				
	Vinculo con el Propuesto Asegurado					Estado Civil								
						Casado/a		Soltero/a		Viudo/a		Divorciado/a		Separado/a

V.A.: Responsable Inscripto Grandes Contribuyentes Resp. No Inscripto Exento Consumidor Final T. Del Fuego Monotributo

FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/> Contado		<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Trimestral (Mínimo: \$ 25 por Trimestre)		<input type="checkbox"/> Mensual (Mínimo: \$ 50 mensuales).		
	<input type="checkbox"/> Recibo de Sueldo		Entidad: <input type="text"/>			Legajo: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Mensual	
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		<input type="text"/>			Número <input type="text"/>		Vencimiento: <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> Forma de Fraccionamiento		<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Trimestral		<input type="checkbox"/> Mensual		

COMPLETAR ESTOS DATOS SOLO SI EL PROPUESTO ASEGURADO ES DISTINTO DEL TOMADOR (Para seguros colectivos completar página 5).

PROP. ASEGURADO	Apellido					Nombres					
	Fecha de Nacimiento		Domicilio			Código Postal		Localidad		Provincia	
	Teléfono Particular		Teléfono Comercial		Nacionalidad		DNI / CUIL / CUIT			Sexo	
										M F	
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a										

Cónyuge del Asegurado, en su defecto hijos del Asegurado, en su defecto padres del Asegurado, en su defecto herederos legales del Asegurado, si viven.

Tomador / Contratante

Si eligió alguna de las 2 (dos) opciones indicadas arriba, no cumplimentar el siguiente cuadro:

Nombre y Apellido	%	Parentesco	DNI

BENEFICIARIOS PREFERENTES (Completar este ítem, si no se seleccionó ninguna de las designaciones anteriores).

Designo como beneficiario, en primer término, a la institución en la que el/los asegurado/s se encuentre/n prestando servicios en su carácter de trabajador/es autónomo/s al momento de producirse al acaecimiento de algunos de los eventos cubiertos por la presente póliza, de acuerdo al listado que se detalla a continuación y hasta la suma por la que aquella deba responder ante él o sus derechohabientes, para hacer frente a su eventual responsabilidad civil y por el eventual remanente del capital que pudiera existir al siguiente beneficiario:

LISTADO DE BENEFICIARIOS PREFERENTES

NOMBRE Y APELLIDO O RAZON SOCIAL DEL BENEFICIARIO	D.N.I. / C.U.I.T. / C.U.I.L.	DIRECCION

ACTIVIDAD LABORAL

Actividades, tareas diarias y naturaleza del negocio, indique detalladamente las que desarrolla en su lugar de trabajo el o los PROPUESTOS ASEGURADOS.

PLAN DE SEGURO SOLICITADO

SEGUR AP (Al elegir este plan se debe completar las Páginas 1, 2 y 4)

- Solicito la cobertura abajo indicada
- \$ 100.000.-** Muerte por Accidente.
 - \$ 100.000.-** Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente.
 - \$ 10.000.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente. (Franquicia \$ 100).

SEGURO DE ACCIDENTES EN TRANSITO

(Para solicitud de seguro Individual completar Pagina 1 y 2 para Colectivos completar páginas 1, 2 y 5)

- Opto por la Cobertura de **\$ 100.000** en caso de fallecimiento en Accidente de Tránsito.

Solicito incluir a mi cónyuge. **El beneficiario será el titular de la póliza**

Firma del Cónyuge: _____

Apellido del Cónyuge										Nombres del Cónyuge									
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad				DNI / CUIL / CUIT				Sexo		Actividad Laboral							
										M F									

COBERTURA 24 HORAS (Para solicitud Individual completar Paginas 1,2 y 4, para Colectivos completar páginas 1, 2 y 5)

- Solicito la cobertura abajo indicada
- \$ Muerte por Accidente.
 - \$ Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente.
 - \$ Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutico por Accidente. (Suma Asegurada Máxima: Hasta el 10% de la cobertura de Muerte Accidental) (Franquicia hasta Cat. 3 \$ 100, para Cat. 4 y 5 \$ 200).

PREVENCION PLATINO (Para solicitud completar Paginas 1, 2 y 4)

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Solicito la cobertura abajo indicada (Opción 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$ 200.000.- Muerte por Accidente. \$ 200.000.- Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente. \$ 50.000.- Adicional por hecho delictivo. <p><input type="checkbox"/> Solicito la cobertura abajo indicada (Opción 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$ 400.000.- Muerte por Accidente. \$ 400.000.- Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente. \$ 100.000.- Adicional por hecho delictivo. | <p><input type="checkbox"/> Solicito la cobertura abajo indicada (Opción 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$ 300.000.- Muerte por Accidente. \$ 300.000.- Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente. \$ 75.000.- Adicional por hecho delictivo. <p><input type="checkbox"/> Solicito la cobertura abajo indicada (Opción 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$ 500.000.- Muerte por Accidente. \$ 500.000.- Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente. \$ 125.000.- Adicional por hecho delictivo. |
|--|--|

AP ASISTENCIAL (Para solicitud Individual completar Paginas 1 y 2, para Colectivos completar páginas 1, 2 y 5)

- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 1**)
- \$ 60.000.-** Muerte por Accidente e Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 5.000.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.(Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
 - \$ 30.000.-** Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 2**)
- \$ 75.000.-** Muerte por Accidente e Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 6.500.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.(Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
 - \$ 30.000.-** Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 3**)
- \$ 110.000.-** Muerte por Accidente e Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 10.000.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.(Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
 - \$ 30.000.-** Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 4**)
- \$ 180.000.-** Muerte por Accidente e Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 10.000.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.(Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
 - \$ 30.000.-** Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 5**)
- \$ 230.000.-** Muerte por Accidente e Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 15.000.-** Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.(Fqcia. \$ 100 hasta Cat. 3)
 - \$ 30.000.-** Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo.

Solicito que se incluya el adicional de Cobertura "In itinere" (**Recargo 30%**)

 SI

 NO

En caso de no completarse este punto, se considera que la misma no ha sido solicitada

- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 1**)
- \$ 60.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 60.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 5.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 2**)
- \$ 75.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 75.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 6.500.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 3**)
- \$ 110.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 110.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 10.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 4**)
- \$ 180.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 180.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 10.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100/ Cat. 4 \$ 200).
- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 5**)
- \$ 230.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 230.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 15.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. hasta Cat. 3 \$ 100).

Solicito que se incluya el adicional de Cobertura "In itinere" (**Recargo 30%**)

 SI

 NO

En caso de no completarse este punto, se considera que la misma no ha sido solicitada

MENSAJERIA-DELIVERY

- Solicito la cobertura abajo indicada
- \$ 25.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo o itinere.
 - \$ 25.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo o itinere.
 - \$ 5.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo o itinere. (Fqcia. \$ 200)

TRABAJOS EN ALTURA (Hasta 15 metros) - OPCIONAL - PARA AP ASISTENCIAL Y AMBITO LABORAL

Todos los planes de Accidentes Personales incluyen una cobertura automática de hasta 8 metros de altura.

En caso de necesitar una cobertura para una altura superior, podrá optarse por las siguientes opciones SOLAMENTE DISPONIBLES PARA LOS 5 (cinco) PLANES DETALLADOS ANTERIORMENTE:

- Cobertura hasta 10 metros de Altura (Se aplicará un recargo sobre la tarifa normal del 25%).
- Cobertura hasta 12 metros de Altura (Se aplicará un recargo sobre la tarifa normal del 50%).
- Cobertura hasta 15 metros de Altura (Se aplicará un recargo sobre la tarifa normal del 75%).

TRABAJOS EN ALTURA (Desde 15 metros hasta 45 metros) - SILLETEROS PARA AP ASISTENCIAL Y AMBITO LABORAL

Cobertura de AP Asistencial

Cobertura de AP Ambito Laboral

- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 1**)
- \$ 60.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 60.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 5.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. \$ 200). (A)
 - ó \$ 30.000.- Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (A o B)

- Solicito la cobertura abajo indicada (**Opción 2**)
- \$ 110.000.- Muerte por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 110.000.- Invalidez Total, Parcial y Permanente por Accidente a causa o con motivo del trabajo.
 - \$ 10.000.- Gastos de reembolso por Asistencia Médico Farmacéutica por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (Fqcia. \$ 200). (A)
 - ó \$ 30.000.- Gastos por Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional por Accidente a causa o con motivo del Trabajo. (A o B)

(A) COBERTURA ADICIONAL PARA PLAN AMBITO LABORAL. (B) COBERTURA ADICIONAL PARA PLAN AP ASISTENCIAL.

Solicito que se incluya el adicional de Cobertura "In itinere" (**Recargo 30%**)

 SI

 NO

En caso de no completarse este punto, se considera que la misma no ha sido solicitada

- Solicito la cobertura por 10 días. Solicito la cobertura por 30 días.

Esta declaración tiene que ser completada, en forma obligatoria, por el Propuesto Asegurado cuando se solicite uno de los siguientes planes: SEGUR AP y COBERTURA 24 HORAS INDIVIDUAL.

Por favor, indique que deportes practica y describa sus hobbies y si alguno lo hace en Competición.

Por favor, indique si es zurdo, diestro o ambidiestro.

1) Altura (en cms.): _____ Peso (en kgs.): _____

Por favor, responda SI o NO a las siguientes preguntas:

- 2) ¿Tiene Ud. conocimiento de haber padecido en los últimos 10 años de enfermedades cardiovasculares, (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias, soplos, etc.), psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares, respiratorias, endocrinológicas (enfermedad de las tiroides), enfermedades de los músculos, piel y huesos u otra afección hasta la fecha; padece o padeció de diabetes, gota, quistes, cáncer o tumores, SIDA y/o Complejo Relacionado con SIDA (o Complejo del SIDA), o exámenes con resultados que indiquen que ha estado expuesto al virus (HIV positivo), o cualquier otra enfermedad o limitación física? SI NO
- 3) ¿Está Ud. actualmente sometido a observación, tratamiento o medicación por alguna enfermedad, o se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiera realizado? SI NO
- 4) ¿Tiene alguna limitación física congénita o como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, pérdida de visión, etc.)? SI NO
- 5) ¿Utiliza motocicletas de más de 125 c.c.? Si responde afirmativamente, indique cual es la finalidad del uso SI NO

Si respondió afirmativamente alguna pregunta, por favor, a continuación indique, diagnóstico, fechas, tratamiento (medicación o estudios), duración, grado de recuperación y nombre de los médicos y/u hospitales, sanatorios, clínicas o dispensarios, su dirección, teléfono y fax de quien/es lo haya/n tratado.

El Propuesto Asegurado declara: 1) que el presente cuestionario se ha cumplimentado en su presencia y que reproduce fielmente las respuestas que el mismo ha dado a las preguntas en él formuladas, 2) que ha leído con atención el contenido del cuestionario y las respuestas antes de firmarlo 3) que todos los datos de esta Solicitud y las respuestas dadas al cuestionario son completas, precisas y verídicas, no habiendo ocultado o falseado información relevante para la valuación de riesgo por parte del asegurador; y que conoce lo establecido en el artículo 5, primer párrafo, de la ley de seguros que dice: "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" 4) que autoriza a los médicos y a los establecimientos asistenciales (públicos o privados) que lo asisten o que lo hayan asistido, dentro de los límites legales, a suministrar la información que les sea requerida por el Asegurador con motivo del seguro que se solicita, 5) Si el Asegurado es Ambidiestro, a los efectos de la indemnización por invalidez parcial, se abonará el porcentaje correspondiente a los miembros derechos o izquierdos, según se indica en las Condiciones Generales de Póliza y se considerará que utiliza preferentemente los miembros derechos.

Queda establecido: 1) que habrá contrato de seguro cuando el Asegurador acepte esta Solicitud de Seguro de Accidentes Personales, 2) que la cobertura entrará en vigencia en las condiciones que se establecen en la póliza en la cláusula de Cobranza de Premios, 3) que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta Solicitud, como así también aquellas que se hagan en su consecuencia, son completas, precisas y verídicas para todas las partes interesadas en la póliza solicitada y, 4) que ningún productor- asesor de seguros se encuentra autorizado a exceptuar o modificar las condiciones de contratación dispuestas por el Asegurador.

Autorizo el débito que corresponda, por tarjeta de crédito o débito por recibo de sueldo, de acuerdo a la forma de pago seleccionada por mi persona como tomador de la póliza.

Lugar y Fecha: _____

_____ Firma del Propuesto Asegurado	_____ Aclaración	_____ D.N.I.
_____ Firma del Tomador	_____ Aclaración	_____ D.N.I.
_____ Firma del Productor / Asesor / Agente	_____ Aclaración	_____ D.N.I.

SEGUROS COLECTIVOS

**Esta página tiene que ser completada, en forma obligatoria, por el Tomador cuando se soliciten los siguientes planes COLECTIVOS (exclusivamente):
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE TRANSITO, COBERTURA 24 HORAS, AMBITO LABORAL O AP ASISTENCIAL.**

Para planes individuales, completar la página 4.

NOMINA DE PROPUESTOS ASEGURADOS

#	APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I. / C.U.I.T. / C.U.I.L.	Fecha de Nacimiento	Es zurdo, diestro o ambidiestro?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

En caso de haber más propuestos asegurados, sírvase indicar los mismos datos requeridos en una hoja aparte firmada por el Tomador y el Productor.

El Propuesto Tomador declara: 1) que el presente cuestionario se ha cumplimentado en su presencia y que reproduce fielmente las respuestas que el mismo ha dado a las preguntas en él formuladas, 2) que ha leído con atención el contenido del cuestionario y las respuestas antes de firmarlo 3) que todos los datos de esta Solicitud y las respuestas dadas al cuestionario son completas, precisas y verídicas, no habiendo ocultado o falseado información relevante para la valuación de riesgo por parte del asegurado; y que conoce lo establecido en el artículo 5, primer párrafo, de la ley de seguros que dice: "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" 4) que autoriza a los médicos y a los establecimientos asistenciales (públicos o privados) que lo asisten o que lo hayan asistido, dentro de los límites legales, a suministrar la información que les sea requerida por el Asegurador con motivo del seguro que se solicita, 5) Si el Asegurado es Ambidiestro, a los efectos de la indemnización por invalidez parcial, se abonará el porcentaje correspondiente a los miembros derechos o izquierdos, según se indica en las Condiciones Generales de Póliza y se considerará que utiliza preferentemente los miembros derechos.
Queda establecido: 1) que habrá contrato de seguro cuando el Asegurador acepte esta Solicitud de Seguro de Accidentes Personales, 2) que la cobertura entrará en vigencia en las condiciones que se establecen en la póliza en la cláusula de Cobranza de Premios, 3) que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta Solicitud, como así también aquellas que se hagan en su consecuencia, son completas, precisas y verídicas para todas las partes interesadas en la póliza solicitada y, 4) que ningún productor-asesor de seguros se encuentra autorizado a exceptuar o modificar las condiciones de contratación dispuestas por el Asegurador.
Autorizo el débito que corresponda, por tarjeta de crédito o débito por recibo de sueldo, de acuerdo a la forma de pago seleccionada por mi persona como tomador de la póliza.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Tomador

Aclaración

D.N.I.

Firma del Productor / Asesor / Agente

Aclaración

D.N.I.

INTERVENCIONES (Productor / Asesor / Agente)

	Nombre y Apellido	Código	Oficina Comercial:
1° Intervención			
2° Intervención			
3° Intervención			
4° Intervención			
5° Intervención			

SELLO MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.

**ESPACIO PARA EL SUSCRIPTOR
(Por favor no utilizar este espacio)**