



SOLICITUD DE ACTUALIZACION INTEGRANTES Grupo Familiar MEDIMAPFRE

Nº DE POLIZA

Afiliado Titular	Apellido y Nombre										Nº C.U.I.T./C.U.I.L					Teléfono Particular								
	Sexo		D.N.I			Nacionalidad					Fecha de Nacimiento					Estado Civil								
	M	F																						
	Domicilio Particular										Número		Piso		Dpto.		Localidad / Provincia					Código Postal		

Alta Cambio Baja

Cónyuge	Apellido y Nombre										Fecha de Nacimiento					Tipo y Nº de Documento				

Hijos	Apellido/s y Nombre/s										Fecha de Nacimiento					Tipo y Nº de Documento				

* En caso de existir mayor número de hijos, agréguelos al dorso de esta solicitud o bien en una hoja adjunta, con su firma al pie.

Declaración de Salud	EN EL CASO DE QUE SE REALICEN ALTAS O CAMBIOS AL GRUPO FAMILIAR, ES NECESARIO RESPONDER LA SIGUIENTE PREGUNTA:														
	¿Sufrió su cónyuge o sus hijos/s algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?. En caso de respuesta afirmativa, por favor ampliar.														
	<hr/>														
	<hr/>														
	<hr/>														
	<hr/>														

Autorizo a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. a solicitar informes sobre esta declaración de salud, tanto a los médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica.

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA DEL TITULAR