

**MAPFRE****ARGENTINA
VIDA**

Por favor no completar este espacio

Productor - Asesor: _____ Cod.: _____

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE SALUDFecha de Vigencia: Desde **Uso Exclusivo de la Compañía.****DATOS DEL TOMADOR**C.U.I.T. del Tomador: Apellido y Nombre o Razón Social: Domicilio: C.P.: Localidad: Provincia: Teléfono: Fax:

Categoría de I.V.A.	Resp. Inscripto	<input type="checkbox"/>	Grandes Contribuyentes	<input type="checkbox"/>	Resp. No Inscripto	<input type="checkbox"/>	Exento	<input type="checkbox"/>	Consumidor Final	<input type="checkbox"/>	Tierra del Fuego	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6					

Ingresos Brutos Frecuencia de Pago Anual Semestral Trimestral Mensual Moneda \$

Modalidad de Plan:	Cuidado Intensivo	50%	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	150%	<input type="checkbox"/>
	Medimapfre	50%	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	150%	<input type="checkbox"/>

El premio del Seguro estará a cargo de Contratante % Asegurados % (Indicar el % que abonará cada parte)Descripción de Tareas laborales específicas de los asegurables o actividad que nuclea a los asegurados:
Relación de los asegurados con el Tomador Beneficiarios del Seguro **Riesgos Cubiertos**

Intervenciones Quirúrgicas

Transplantes SI NO **Servicios Adicionales**Código Rojo SI NO Código Rojo + Código Verde (*) SI NO Segunda opinión Médica SI NO Consultas Médicas SI NO Descuento en medicamentos SI NO **Costo del Seguro**Individual hasta 65 años \$ Grupo Familiar hasta 65 años \$ Titular Senior (desde 66 años) \$ Matrimonio Senior (desde 66 años) \$

(*) Incluye Emergencias Médicas Domiciliarias y Mediphone

Esta solicitud debe estar acompañada indefectiblemente por la nómina de asegurados, en soporte magnético.

La nómina deberá informar, de cada asegurado, nombre, apellido, fecha de nacimiento, N° de documento y parentesco. Para poder prestar los Servicios Adicionales será necesario que se incluya, a los datos anteriores: dirección, código postal, localidad, provincia y teléfono.

Lugar y Fecha:

Firma y Sello del Tomador

Aclaración

D.N.I. del Tomador

Firma del Productor - Asesor

Aclaración

D.N.I. del Productor- Asesor