

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

TOMADOR	Apellido o Razón Social				Nombres			
	Fecha de Nacimiento		Domicilio				Código Postal	
	Localidad		Provincia		Telefono Particular		Telefono Comercial	
							Sexo M F	
	Nacionalidad		DNI / CUIT / CUIL / LC / LE / CI		Vínculo con el Propuesto Asegurado			

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

DATOS DEL SEGURO	Estándar		Premium		Estándar		Premium		Estándar		Premium	
	Medimapfre 50% Grupo Familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre 100% Grupo Familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre 150% Grupo Familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medimapfre 50% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre 100% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre 150% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medimapfre Senior 50% Matrimonio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre Senior 100% Matrimonio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre Senior 150% Matrimonio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medimapfre Senior 50% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre Senior 100% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medimapfre Senior 150% Individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/> Contado		<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		Número	<input type="text"/>	Vencimiento:	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Débito Directo de cuenta		<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente		<input type="checkbox"/> Caja de Ahorro					
	Banco		<input type="text"/>		CBU		<input type="text"/>			
	Forma de Fraccionamiento		<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Trimestral		<input type="checkbox"/> Mensual	
	Los pagos de la modalidad "Contado" pueden realizarse por los medios "Rapipago", "Pago Fácil", Débito en Cajero Automático "Banelco" o por Internet.									

COMPLETAR ESTOS DATOS SOLO SI EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR ES DISTINTO DEL TOMADOR

PROPUESTO ASEGURADO	Apellido o Razón Social				Nombres			
	Fecha de Nacimiento		Domicilio				Código Postal	
	Localidad		Provincia		Teléfono Particular		Teléfono Comercial	
							Sexo M F	
	Nacionalidad		DNI / CUIT / CUIL		Estado Civil:			

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR (si necesita más espacio para completar los datos de su familia, por favor, sírvase completarlos en una hoja aparte con su firma al final de la misma). Debe tenerse en cuenta que los miembros de la familia a cubrir deben vivir en el domicilio del Asegurado Titular.

Nombre y Apellido del Cónyuge del Asegurado Titular:

D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

Nombre del hijo: D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

Nombre del hijo: D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

Nombre del hijo: D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

Nombre del hijo: D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

Nombre del hijo: D.N.I.: Fecha de Nacimiento:

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

HEREDEROS LEGALES (Si elige alguna de estas dos opciones, no cumplimentar el detalle de más abajo).

BENEFICIARIOS	Nombre y Apellido	%	Parentesco	Fecha Nac. o Edad
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Intervención Código Tipo

DECLARACIONES Y PROPUUESTO ASEGURADO TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR

Actividades, tareas diarias y naturaleza del negocio del **Asegurado Titular y de su cónyuge** (en caso de estar asegurado). Indique detalladamente las que desarrolla en su lugar de trabajo. En caso de trabajar en relación de dependencia, indique el nombre de la empresa:

Actividad de Titular:..... Actividad del Cónyuge:.....

Altura (en Cms.) del Asegurado Titular: _____ Peso (en Kgs.) del Asegurado Titular: _____

Altura (en Cms.) del Asegurado Cónyuge: _____ Peso (en Kgs.) del Asegurado Cónyuge: _____

Por favor, responda SI o NO a las siguientes preguntas (Todas las preguntas que se detallan a continuación son para que responda el Propuesto Asegurado Titular sobre su persona y sobre los miembros de su familia que propone cubrir):

- | | <u>Titular</u> | <u>Grupo Familiar</u> |
|--|---|---|
| 1) ¿Actualmente o en los últimos 12 meses, se le ha indicado la realización de estudios médico - diagnósticos, o se le ha prescrito algún tratamiento médico? En caso afirmativo, que estudios médico - diagnósticos se le han indicado y/o que tipo de tratamiento médico se le ha prescrito (análisis, radiografías, tomografías, medicación, cirugía, etc.). | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2) ¿Tiene Ud. conocimiento de haber padecido 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? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 4) ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, alteraciones cardíacas, hipertensión arterial, enfermedad sanguínea, renal, mental o suicidio? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 5) ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta, aceptada con recargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un Seguro de Vida, Accidente o Salud, o hay alguna otra solicitud pendiente en otra Cía. de Seguros? En caso afirmativo, indique en que compañía y el motivo, las coberturas solicitadas y sumas aseguradas. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

SOLO PARA MUJERES

- | | | |
|--|---|---|
| 6) ¿Está Ud. embarazada?. Si responde SI, por favor indique a continuación la fecha estimada de parto. _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 7) ¿Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, ovarios, senos u órganos genitales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

En mi carácter de representante del menor indicado en el presente documento, en el ejercicio de la patria potestad que la ley me confiere y de mi cónyuge, declaro que la información suministrada por mi en el presente resulta veraz, teniendo expreso conocimiento de las consecuencias que implica la falsa declaración o reticencia (art. 5 y siguientes de la Ley 17.418).

Si respondió afirmativamente alguna pregunta con respecto al Propuesto Asegurado titular o un miembro de su familia, por favor, a continuación indique de quien se trata, 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.

Por la presente convengo en que (1) no habrá contrato de seguro a menos que el Asegurador acepte la propuesta de seguro y siempre que se pague el primer recibo de Premio estando el Propuesto Asegurado con vida y en iguales condiciones de salud que las manifestadas. (2) que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta solicitud, como también las hechas o que hayan de hacerse al médico examinador, cuestionarios y correcciones, son completas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la póliza solicitada. (3) que ningún Productor - Asesor estará facultado para exceptuar ninguna condición de la Compañía.

El propietario de cualquier póliza emitida en virtud de esta Solicitud, será el Tomador si fuese distinto al Propuesto Asegurado y este último en caso contrario.

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

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y recoge las respuestas que ésta ha dado a las preguntas en él formuladas. Manifiesta expresamente haber leído su contenido antes de firmarlo, siendo el mismo el fiel reflejo de las contestaciones que ha dado.

Por la presente autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.

Declaro que todos los datos de esta solicitud, así como las respuestas brindadas por mí, son completas y verdaderas no habiendo ocultado información que pueda desvirtuar la correcta apreciación del riesgo y asumo la responsabilidad de la información brindada aunque un tercero haya completado la misma.

Lugar y Fecha: _____

_____ Firma del Propuesto Asegurado	_____ Aclaración	_____ D.N.I.
_____ Firma del Productor	_____ Aclaración	_____ D.N.I.

INFORME DE LA GESTION DE VENTAS

Cuánto conoce Ud. al Propuesto Asegurado Muy Bien Bien Un Poco Reciente

¿Cómo lo conoció?

¿ El solicitante, con quién vive?, ¿Cuáles son la edades de sus hijos, si los tiene?

¿Se han completado todos los puntos de la solicitud y se fechó en todos los lugares correspondientes y se firmó la solicitud por todas las partes? SI NO

¿Se chequearon y pidieron los requisitos básicos de acuerdo a la tabla correspondiente? SI NO

¿Se pidieron referidos para próximas gestiones? SI NO

_____ Firma del Productor	_____ Firma del Supervisor
------------------------------	-------------------------------