



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

TOMADOR section containing fields for Apellido o Razón Social, Nombres, Fecha de Nacimiento, Domicilio, Código Postal, Localidad, Provincia, Teléfono Particular, Teléfono Comercial, Nacionalidad, DNI / CUIL / CUIT, Sexo, and Vinculo con el Propuesto Asegurado.

DATOS DEL PLAN DE SEGURO section containing fields for Modalidad, Oficina Comercial, Duración (en letras y N°), Años, and Moneda del contrato.

COBERTURAS A CONTRATAR section containing checkboxes for Cobertura Principal en caso de Vida, Cobertura Principal en caso de Fallecimiento, Cobertura Adicional en caso de Invalidez Absoluta y Permanente (IAP), and Cobertura Adicional en caso de Fallecimiento Accidental (FA).

FORMA DE PAGO section containing checkboxes for Contado, Débito en Cuenta, Tarjeta de Crédito, Descuento de Haberes, and Fraccionamiento (Anual, Semestral, Trimestral, Mensual).

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

PROP. ASEGURADO section containing fields for Apellido o Razón Social, Nombres, Fecha de Nacimiento, Domicilio, Código Postal, Localidad, Provincia, Teléfono Particular, Teléfono Comercial, Nacionalidad, DNI / CUIL / CUIT, and Sexo.

BENEFICIARIOS section containing a table with columns for Nombre y Apellido, %, Parentesco, and DNI.

Legal disclaimer text: 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...

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.

Lugar y fecha: _____

Signature lines for Firma del Tomador, Firma del Propuesto Asegurado, Firma del Productor / Asesor, and corresponding Aclaración and D.N.I. / CUIL / CUIT fields.

Table for Intervenciones en la Solicitud with columns for Código and Tipo, listing 1°, 2°, and 3° Intervención.

DECLARACION DEL PROPUESTO ASEGURADO (AMPLIA)

Actividades, tareas diarias y Naturaleza del negocio, indique detalladamente las que desarrolla en su lugar de trabajo. En caso de trabajar en relación de dependencia, indique el nombre de la empresa:

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

Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses (cigarrillos, cigarros, pipa, etc.). Si su respuesta es sí, por favor mencione la cantidad diaria aproximada _____. Si ha dejado de fumar, por favor, indique desde cuando y si ha sido por prescripción médica.

Indique que bebida alcohólica y que cantidad diaria consume.

¿Utiliza motocicletas de más de 125 c.c.? Si responde afirmativamente indique cual es la finalidad del uso.

¿ Ha variado su peso en los últimos doce meses ? Si su respuesta es SI, por favor indique cuantos kilos y si aumentó o disminuyó:

Altura (en Cms.): _____ Peso (en Kgs.): _____

Por favor, responda SI o NO a las siguientes preguntas: En caso de respuesta afirmativa, amplíe las mismas en el espacio de abajo, destinado a tal fin.

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.). SI NO

Ha padecido alguna vez de:

2. ¿Infarto, dolores de pecho, arritmia, hipertensión arterial o cualquier enfermedad del corazón, vasos sanguíneos o trastornos circulatorios SI NO

3. ¿Cáncer, quiste o tumor cualquiera sea su tipo y/o forma? SI NO

4. ¿Trastorno o enfermedad de los huesos, articulaciones, columna músculos, amputación, deformidad, artritis, reumatismo, fiebre reumática hernias? SI NO

5. ¿Asma, enfisema, bronquitis, pleuresía, tos persistente, expectoración de sangre, tuberculosis, dificultad respiratoria, o cualquier enfermedad respiratoria o pulmonar? SI NO

6. ¿Alteraciones metabólicas del colesterol, lípidos, ácido úrico, triglicéridos, etc. ? SI NO

7. ¿Desmayos, espasmos dolores de cabeza, epilepsia, temblores, neuritis, parálisis, ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, delirios, o cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica? SI NO

8. ¿Enfermedad del hígado, esófago, duodeno, intestino, úlceras, hernias, divertículos, pólipos, páncreas, diabetes, bocio, gota hipotiroidismo, hipertiroidismo, otra enfermedad de las glándulas tiroideas, paratiroideas y suprarrenales? SI NO

9. ¿Azotemia, pielonefritis, uremia, insuficiencia renal, nefropatías u otra enfermedad de los riñones, vejiga o enfermedad de prostata en los hombres? SI NO

10. ¿Pérdida de la vista, defecto, afección de la retina o limitación visual, sordera, lesión del tabique nasal, sinusitis, ronquera, disfonía u otros? SI NO

11. ¿Anemia, trastorno de la médula ósea, problemas de coagulación, hemofilia? SI NO

12. ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes (Drogas)? SI NO

13. ¿Ha recibido Ud. tratamiento o consejo médico sobre HIV o le han aconsejado un análisis en relación con alguna infección por el HIV y/c SIDA, enfermedades venéreas, etc.? O ¿He tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas de HIV? o ¿tiene Ud. alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel? SI NO

14. ¿Tiene alguna limitación física congénita o como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, pérdida de visión, etc.? O ¿Se ha ausentado del trabajo por enfermedad o lesión más de 10 días en los últimos 5 años? Si responda SI, por favor indique cuanto tiempo y de detalles específicos. SI NO

15. ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, alteraciones cardíacas, hipertensión arterial, enfermedad sanguínea renal, mental o suicidio? Por favor, además complete el cuadro de abajo. SI NO

Familiar	Edad (si viven)	Estado de Salud / Causa de muerte	Edad al morir
PADRE			
MADRE			
	SEXO		
HERMANO/A			
HERMANO/A			
HERMANO/A			
HERMANO/A			

SOLO PARA MUJERES

16. ¿Está Ud. embarazada?. Si responde SI, por favor indique a continuación la fecha estimada de parto. _____

SI NO

17. ¿Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, ovarios, senos u órganos genitales?

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.

¿Actualmente tiene algún seguro de Vida en vigencia? Si su respuesta es afirmativa por favor, mencione: Año de Emisión, Compañía, Plan y Capital Asegurado. ¿Va a continuar en vigencia?

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 Cia.? En caso afirmativo, indique en que compañía y el motivo, las coberturas solicitadas y sumas aseguradas.

¿Tiene actualmente en trámite una solicitud de seguro de Vida? Si su respuesta es SI, por favor, indique en que Compañía, Suma Asegurada y tiempo de duración del Plan

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y recoge las respuestas que esta ha dado a las preguntas en el 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 mi 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 / Asesor

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?

Conoce Ud. alguna información desfavorable del Solicitante respecto de su salud, hábitos, modo de vida u ocupación?

¿ El solicitante, con quien vive?, ¿Cuales son la edades de sus hijos, si lo tiene?

¿ Cual es el ingreso anual del Tomador y del Propuesto Asegurado, si fuera distinto? Tomador:
Propuesto Asegurado:

Nombre del cónyuge o conviviente:

Sumas aseguradas en vigor sobre la vida del cónyuge:

¿Porque motivo se solicita el seguro?, ¿Cuál es el objeto de la cobertura?

¿Se han completado todos los puntos de la solicitud?

SI NO

¿Se fechó en todos los lugares correspondientes y se firmó la solicitud por todas las partes?

SI NO

¿Se firmó la autorización del débito para el pago con tarjeta de crédito?

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

¿Se ofreció una cobertura de Accidentes Personales en Tránsito?

SI NO

Firma del Agente o Productor

Firma del Asesor

Firma del Jefe de Agencia / Oficina