



Solicitud de Seguro Médico

La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CONTESTADA LA SOLICITUD NO PODRÁ SER PROCESADA Y SERÁ DEVUELTA COMO INCOMPLETA.

☐ Previsor PLAN.....

☐ Mapfre Salud.....

☐ Trébol Salud.....

☐ Vivasalud

☐ Otro:.....

TIPO DE MOVIMIENTO A EFECTUAR:

☐ Póliza Nueva

☐ Migración de Producto / N° Póliza Anterior.....

☐ Inclusión de Dependiente

ORIGEN

☐ Maratón

☐ Evento MKT

☐ Referido

☐ Unidad Móvil

☐ Puerteo

DATOS DEL CONTRATANTE

RAZÓN SOCIAL/ NOMBRES Y APELLIDOS

DNI CEX PEX RUC N°		SEXO F ☐ M ☐	FECHA DE NACIMIENTO Fecha de Operaciones (dd / mm / aa)	PERSONA Natural ☐ Jurídica ☐
NACIONALIDAD		PROFESIÓN Ocupación/Actividad Económica		ESTADO CIVIL s ☐ c ☐ v ☐ d ☐
N° DE HIJOS	TELÉFONO Personal	TELÉFONO Oficina	ANEXO Oficina	CELULAR
EMAIL Personal		EMAIL Oficina		ENVÍO EST. CTA. Email personal ☐ Email oficina ☐
DIRECCIÓN Ca. Av. Jr. Ps. Otro		Nro. Km. Mz.	Dpto. Int. Lt.	Urb. Aa.hh. Coop. Asoc. Res.
DISTRITO	PROVINCIA		DEPARTAMENTO	

REFERENCIA LUGAR

DATOS DEL BROKER O AGENTE DE SEGUROS

RAZÓN SOCIAL Y/O NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO
EMAIL	

DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS PATERNO		APELLIDOS MATERNO	
NOMBRES		D.N.I./ C.I./ C.E. N°	
FECHA DE NACIMIENTO (dd / mm / aaaa)		PROFESIÓN	
NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
DISTRITO	PROVINCIA		DEPARTAMENTO
TELÉFONO DE DOMICILIO		EMAIL	
CELULAR	SEXO F ☐ M ☐	ESTADO CIVIL CA ☐ S ☐ V ☐ D ☐ CV ☐	
TALLA	PESO		

DATOS DE (LOS) DEPENDIENTE (S)			
CÓNYUGE		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
HIJO (A)		APELLIDOS Y NOMBRE	
NACIONALIDAD		D.N.I. ☐ OTRO ☐ N°	
FECHA DE NACIMIENTO	(dd / mm / aaaa)	SEXO F ☐ M ☐	TALLA
PESO		PROFESIÓN	
TIENE(N) O HA(N) TENIDO ALGÚN SEGURO DE SALUD?			
SI ☐ NO ☐			
INDIQUE LA COMPAÑÍA			
DESDE	HASTA	SUMAASEGURADA	

Es requisito indispensable en caso hubieran tenido algún seguro, inmediatamente anterior a la presente solicitud, en otra compañía de seguros, nos adjunte la relación de siniestros pagados por cada persona que desee asegurarse y copia de la póliza desde el inicio de la vigencia, toda vez que esta documentación constituye información fundamental para la evaluación del riesgo.

FORMA DE PAGO

ELIJA UNA DE LAS OPCIONES PARA EL FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

CARGO EN CUENTA Y CUPONES

1. ☐ CONTADO

2. ☐ FINANCIADO Cuota Inicial (mínima 20%)_____ %

N° cupones a financiar (máximo 8 cuotas)

Cupón mínimo_____

3. CARGO EN CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO (12 CUPONES)

Esta solicitud de Seguro forma parte del Contrato de Seguros. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERIDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.** En consecuencia, toda obligación de **LA COMPAÑÍA** queda sujeta a lo dispuesto por el artículo 376° del Código de Comercio. Los solicitantes declaran tener conocimiento que **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento. Asimismo, **LA COMPAÑÍA** entregará la Póliza de Seguro al **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro, siempre que no medie rechazo previo de la solicitud. En caso se haya entregado la póliza al **CONTRATANTE**, y el asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la póliza, a la empresa, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Declaración personal de salud.

Alguno de los solicitantes (titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación: Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final.

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Afecciones al Cerebro o del Sistema Nervioso tales como: aneurisma, epilepsia, parálisis, apoplejía, malformaciones arterio-venosas, derrame cerebral, parkinson, alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro?						
2. ¿Enfermedades mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos tales como: neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación o padece de alguna otra enfermedad trastornos psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental.						
3. ¿Enfermedades en el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, ronquera crónica, enfísema, neumonía, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique o septum nasal, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio?						
4. ¿Enfermedades en el aparato cardiovascular tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardiaca, presión arterial elevada, dolor precordial o depecho, fiebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular?						
5. ¿Enfermedades en el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otra dolenciadigestiva?						
6. ¿Enfermedades endocrinóloga, tales como: hipo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?						
7. ¿Enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga próstata u otras enfermedades del aparato urinario?						
8. ¿Enfermedades ginecológicas o de la mama como: miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, infertilidad, aborto a repetición, displasia cervical, papilomavirus u otras enfermedades ginecológicas o en las mamas?						
9. ¿Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerósis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de crohn u otras enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo?						
10. ¿Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral, tales como: artritis, artrosis, reumatismo, gota, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral?						
11. ¿Enfermedades hematológicas o de la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras enfermedades hematológicas o de la sangre?						
12. ¿Enfermedades crónicas y/o severas en los ojos, tales como: catarátas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveitis u otras enfermedades de los ojos?						
13. ¿Enfermedades de los oídos, tales como: sordera, enfermedades del tímpano u otras enfermedades de la piel?						

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
14.¿Enfermedades de la piel tales como: psoriasis, vitiligo, acné, melasma u otras enfermedades de la piel?						
15.¿Enfermedades oncológicas, cáncer o tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo?						
16.¿Transplante de cualquier órgano?						
17.¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?						
18.¿Le han prescrito medicamentos para dolencias cardiológicas, circulatorias, presión arterial, anticoagulantes, insulina, corticoides, hormonas, o recibes o has recibido medicamentos permanentes por alguna otra afección? Detallar.....						
19.¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? Precisar motivo.....						
20.¿Enfermedad o defecto de origen congénito o genético?						
21.¿Enfermedades tales como:brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis?						
22.¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?						
23.¿Está embarazada actualmente? Tiempo de gestación:.....						
24.¿Practica algún deporte peligroso? Detallar cuál y la periodicidad:.....						
25.¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente? Detallar motivo y diagnóstico.						
26.¿Le han recomendado o se ha realizado algunas de estas pruebas? (Si marcó afirmativamente, detallar)						
26.1 Resonancia o tomografía (detallar órgano)						
26.2 Prueba de esfuerzo, electrocardiograma, perfusión miocárdica.						
26.3 Electroencefalograma.						
26.4 Papanicolau, mamografía, ecografía prostática y PSA.						
26.5 Prueba de colesterol, triglicéridos y/o glucosa en la sangre.						
26.6 Pruebas de SIDA.						
27.¿ Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta 2da generación) que haya padecido de alguna enfermedad cardiológica, vascular, cerebral, derrame o infarto, enfermedad renal, diabetes, cáncer o tumor maligno, enfermedad psiquiátrica, parkinson, esclerosis, lupus, alzheimer, cualquier enfermedad de carácter hereditario no mencionada? Detallar diagnóstico e indicar parentesco.						

Declaración:

Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud y en particular las referidas a la Declaración de Salud son verídicas y completas, y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, o falsedad, anula de hecho al Contrato de Seguro y en consecuencia, toda obligación de LA COMPAÑÍA. Asimismo, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de SOLICITARME información adicional, y AUTORIZO a las clínicas, hospitales, así como a los médicos tratantes, instituciones, centros médicos información adicional, comprendiéndose dentro de esta, documentos del archivo médico, exámenes, copia de historia clínica u otras pruebas médicas, inclusive lo relacionado con el VIH SIDA, según se considere conveniente para poder evaluar cada caso en particular, dispensándolos del secreto profesional.

Derecho de Arrepentimiento:

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, el Contratante tiene derecho de arrepentimiento, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

FECHA

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL TITULAR

