

**MAPFRE****ARGENTINA
VIDA**

TOMADOR

PÓLIZA N°:

Solicitante:

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Documento (Tipo y Número):

Suma Asegurada solicitada: \$

DECLARACIÓN DE SALUD AMPLIA**Solicitud de Vida Colectivo**

El solicitante debe incluir sus comentarios en la Sección 8 para toda respuesta afirmativa. Por favor leer todas las preguntas cuidadosamente antes de completar la solicitud. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.**

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE

1 Durante los últimos 5 años:	SI	NO
a ¿ Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado o aconsejado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ¿ Ha sido Ud. examinado a través de un electrocardiograma, rayos x, análisis de sangre u otros exámenes diagnósticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ¿ Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio, u otros establecimientos médicos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ¿ Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiera realizado ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:		
a ¿ Cáncer, derrame cerebral, ataque cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ¿ Diabetes, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de las tiroides u otras glándulas, epilepsia, o enfermedad de tipo mental o nerviosa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ¿ Dolor en el pecho, tensión alta, soplo cardíaco, u otra enfermedad circulatoria o sanguínea ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ¿ Enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e ¿ Enfermedad del hígado o del aparato digestivo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f ¿ Asma, enfisema, u otra enfermedad respiratoria ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g ¿ Pérdida de la vista, amputación, deformidad, artritis, u otra enfermedad ósea ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-a ¿ Tiene Ud. la intención de buscar consejo medico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-b ¿ Ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-c ¿ En la actualidad está tomando algún medicamento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)		
a ¿ Ha recibido Ud. tratamiento o consejo medico en relación al SIDA o condiciones relacionadas con el, o en relación a enfermedades de transmisión sexual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ¿ Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado con el SIDA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ¿ Ha tenido o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus del SIDA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ¿ Tiene Ud. alguno de estos síntomas sin explicación : fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-a Estatura: _____ cm.	5-b Peso: _____ Kg..	
5-c ¿ Ha perdido peso en los últimos doce meses ?		
Razón: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-d Indique la presión arterial: Max. _____ Min. _____		

6 SOLO PARA MUJERES

a ¿ Ha tenido algún trastorno en los senos u órganos femeninos ?

b ¿ Esta embarazada en la actualidad?

Si la respuesta es afirmativa, por favor complete de cuantos meses

7 MEDICO PARTICULAR

Nombre y Apellido:

Dirección:

Localidad:

C.P.:

Teléfono:

Fecha de última consulta:

Razón:

8 POR FAVOR AMPLIAR A CONTINUACIÓN TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CONTINUACIÓN.

9 EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA DE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS PRECEDENTES POR FAVOR DETALLAR EL DIAGNOSTICO, FECHA, DURACIÓN, GRADO DE RECUPERACIÓN, Y NOMBRE / DIRECCIÓN DE MÉDICOS Y / O PERSONAS QUE PUEDAN APORTAR INFORMACIÓN

FECHA	ENFERMEDAD	TRATAMIENTO

Comentarios:

10 INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA DEL PROPUESTO ASEGURADO

a ¿ Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, alteraciones cardíacas enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio? Detallar arriba.

SI

NO

HISTORIA FAMILIAR	EDAD (SI VIVEN)	ESTADO DE SALUD/ CAUSA DE MUERTE	EDAD AL MORIR
Padre			
Madre			
	sexo		
Hermano			
Hermano			
Hermano			

CONFIRMO que las declaraciones y respuestas precedentes, una vez debidamente comprobadas, son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de seguros sobre mi vida a **MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.**

Firma del Propuesto Asegurado

Aclaración

Tipo y Nro. de Documento

Firma del Productor - Asesor

Aclaración

Tipo y Nro. de Documento