

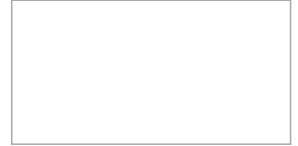


SOLICITUD DE SEGURO MÁS SALUD

Complete este formulario completando y marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____

Si el Contratante es una persona distinta a la persona cuya vida se asegura, sírvase completar el formulario Datos de Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos _____ Nombres _____
 C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
 Fecha nacim. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____
 Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

Institución médica a la cual se encuentra afiliado actualmente

_____ Fecha de ingreso _____

Indique el nombre de las Instituciones médicas a los cuales estuvo afiliado en los últimos 10 años

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
 Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
 E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Se entiende por "personas expuestas políticamente" a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, empleados importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.).

1- _____ ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado _____

2- _____ ¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo _____

Nota: Si respondió afirmativamente a la pregunta 1, deberá completar el formulario correspondiente a Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235) y si respondió afirmativamente a la pregunta 2, el formulario correspondiente a Debida diligencia - Persona Física (Fórm. 3209).

DATOS DEL CONTRATO

Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

Medio de pago Locales de cobranza Débito bancario o Tarjeta de crédito Otro detalle _____

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes.

Envío de Factura Por e-mail dirección de e-mail: _____ A domicilio

Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Asegurado, llene a continuación

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
 Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
 Localidad _____ Departamento _____

Se deberá firmar ambas páginas para presentarlas

Firma del Contratante _____ Aclaración de firma _____

PRODUCTO MÁS SALUD**Admite la contratación de 1 (un) solo Seguro por persona**

Moneda dólares	Opción 1 <input type="checkbox"/>	Opción 2 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermedad de cáncer	10.000	20.000
Segunda opinión médica por diagnóstico de enfermedad de cáncer	1 al año	1 al año
Internación hospitalaria en el exterior por diagnóstico de enfermedad de cáncer	100.000	100.000
Gastos especiales	Hasta 10.000	Hasta 20.000
Medicación en exceso del capital de Gastos Especiales	Hasta 10.000	Hasta 20.000
Fallecimiento	5.000	5.000

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

C.I.	Nombre	Parentesco	%	Observaciones

ENVÍO DE PÓLIZA**Solicito recibir la Póliza y las Condiciones Generales y Específicas de este seguro por la siguiente vía:**

Por vía electrónica a la dirección de E-mail indicada E-mail: _____

Por intermedio de mi Corredor _____

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE ESTA SECCIÓN**Entiendo y estoy de acuerdo con que:**

- A** - El Banco de Seguros del Estado se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de cobertura. La cobertura prevista por Banco de Seguros del Estado no entra en vigencia hasta que éste haya recibido y aprobado la solicitud.
- B** - Las declaraciones y respuestas dadas anteriormente están completas y son verdaderas según mi entendimiento y conocimiento. Si hay alguna respuesta falsa en esta solicitud (si dichas declaraciones o material para la aceptación del formulario son fraudulentos), el contrato podrá ser anulado por el Banco de Seguros del Estado.
- C** - Autorizo a los médicos que me han atendido o cualquier otro proveedor de servicios médicos a brindar al Banco de Seguros del Estado, o a quien éste designe, información incluyendo copias de historias clínicas y exámenes paraclínicos respecto a consejos, diagnósticos, cuidados o tratamientos que me hayan sido proporcionados, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Asimismo, autorizo al Banco de Seguros del Estado o a quien éste designe a requerir la información referida precedentemente.
- D** - No se cubrirán en esta Póliza las Enfermedades o condiciones preexistentes (cualesquiera sea su naturaleza) que me afecten y que hayan sido detectadas antes o a mi ingreso al presente seguro, salvo lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Específicas del producto Más Salud.
- E** - Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales, Particulares y Específicas que rigen para el Seguro Más Salud, para cuya contratación fecho y firmo la presente solicitud.

Fecha Lugar _____

Firma de la persona cuya vida se asegura (excepto menores de 13 años) _____

Aclaración de firma _____

Firma del representante en caso de menor de edad o interdicción _____

Aclaración de firma _____

Firma del Contratante _____ Aclaración de firma _____

C.I. código serial _____

Corredor N° _____ Firma del Corredor _____ Aclaración de firma _____

E-mail _____