

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Solicitud de ingreso. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza. Recuerde que un contrato basado en declaraciones auténticas no será discutido por la Institución, pues conocerá el riesgo que acepta.

DATOS DEL ASEGURABLE

APELLIDO NOMBRE
 FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO
 ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO
 DOMICILIO C.P.
 LOCALIDAD PROVINCIA
 TELÉFONO
 ESTATURA MTS. PESO KG.
 PRES. ARTERIAL ALTA BAJA NORMAL ¿ES UD. ZURDO?

01. Detalle de la labor específica que desarrolla
02. ¿Sufre actualmente o ha sufrido algún malestar o enfermedad que lo haya obligado a consultar a un médico?

SI NO FECHA MOTIVO
 SECUELA

03. ¿Sufrió algún accidente u operación quirúrgica?

FECHA CAUSA
 CONSECUENCIA

04. ¿Está bajo tratamiento médico actualmente y/o ingiere alguna medicación?

CAUSA MEDICAMENTO

SUBSIDIO FALLECIMIENTO CÓNYUGE**01.** ¿Solicita incluir a su cónyuge?

SI NO NOMBRE DEL CÓNYUGE
 FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

02. ¿Se encuentra en buen estado de salud?

SI NO FECHA MOTIVO
 SECUELA

ACLARO QUE ANTE EL EVENTO DE COBRO DE ESTE SUBSIDIO EL ÚNICO BENEFICIARIO SERÉ YO.

FIRMA ACLARACIÓN

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APellidos y Nombres	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	%

OBSERVACIONES

Declaro no estar recibiendo, ni tengo indicación de recibir tratamiento medico o quirúrgico de ninguna especie. Autorizo a solicitar informes acerca de mi estado de salud a los medicos que me han asistido o me asistan en el futuro, en cuanto se relaciona con este seguro. Declaro a la vez estar en conocimiento de la Ley de Seguros N° 17.418 Sección II, Artículo 5. El mismo expresa: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicios de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato"

FIRMA

ACLARACIÓN

FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA MUTUAL DE MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS