



## 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 \_\_\_\_\_