



Esta solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letras de imprenta; especificar en forma precisa la profesión u ocupación del solicitante y responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

NOTA: Se ruega NO OMITIR ninguna respuesta

1. Datos del proponente asegurable

Apellidos y nombres completos: MOLINA DIEGO ALBERTO
 Domicilio: Calle DONADO N° 156(4B) Localidad: B. Bca.
 Provincia: BS. AS. C.P.: 3000 Tel.: 291-154136037
 Domicilio para correspondencia: Calle DONADO N° 156(4B) Localidad: B. Bca.
 Provincia: BS. AS. C.P.: 3000 Tel.: 291-154136037
 Documento tipo y N°: DNI: 30422501 N° de CUIT/CUIL: 20-30422501-8
 Fecha nacimiento: 27-07-92 Nacionalidad: ARGENTINO Lugar de nacimiento: B. Bca.
 Sexo: M ☒ F ☐ Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Conviviente ☒
 Contribuyente: Consumidor final ☐ Monotributo ☒ Responsable inscripto ☐ Exento ☐ Otros ☐

2. Datos sobre actividades del asegurado

a) Profesión u ocupación (detallar la que tiene carácter habitual y otras que se desempeñan ocasionalmente, si tal fuere el caso): P.A.S.
 b) ¿Es zurdo? ☒ No
 c) ¿Tiene conocimiento si la actividad u ocupación que ejerce debe considerarse peligrosa? ☒ - ¿Cuál? No
 d) Ingresos mensuales promedio: \$5.000
 e) ¿Practica algún deporte?: NO (en caso afirmativo indique cuáles):
 f) ¿Participa en carreras?: NO (en caso afirmativo indique tipo y frecuencia):
 g) ¿Participa en vuelos como piloto, miembro de tripulación o paracaidista?: NO En caso afirmativo de detalles:

3. Datos del contratante (si no coincide con el proponente asegurable)

Apellido y nombre/Razón social: Nacionalidad: Lugar de Nac.:
 Documento tipo y N°: N° de CUIT/CUIL: Fecha de nacimiento:
 Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Conviviente ☐
 Domicilio: Calle N° Localidad:
 Provincia: C.P.: Tel.:

Vinculación con el proponente asegurable:

Nota: El derecho a rescindir la póliza durante la vigencia del seguro está a cargo del contratante.

4. Beneficiarios

| Nombres y apellido | Edad | Documento tipo y N° | Parentesco | % |
|--------------------|------|---------------------|------------|-----|
| MARIA GUILLERMINA | 34 | 31780227 | CONYUGES | 100 |
| CARLA JERONA | | | | |

Aclaraciones:

Cobertura solicitada

suma asegurada solicitada: \$ 2.000.000

Forma de pago: 1 cuota anual ☐ 12 cuotas mensuales ☒

Clausulas adicionales

☒ Indemnizaciones parciales por accidente y doble indemnización por muerte accidental.

☒ Invalidez total y permanente

6. Cuestionario de salud del proponente asegurable

Obra social/Medicina prepaga: OSECAD N° de afiliado: 30477501

Médico de cabecera: HUNKET RICARDO

Dirección: TUCUMAN 252 Teléfono: 4501775 E-mail:

Fecha y motivo de la consulta más reciente: (dentro de los últimos 10 años)

TODAS LAS RESPUESTAS LAS CONSIGNO SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER

NOTA: En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, indique el número de esta en el punto 18 respuestas afirmativas, e incluya el diagnóstico, fecha, duración, grado de recuperación y nombre/dirección de médicos a quienes se pueda pedir información, en caso de no señalar los datos solicitados indique "he sido dado de alta, curado sin secuelas ni recidivas", agregando el diagnóstico y la fecha de alta.

| Datos sobre enfermedades: | SI/NO |
|---|-------|
| (1) ¿En los últimos 10 años ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de: | |
| a) ¿Enfermedad o defecto de los ojos, oídos, nariz o garganta? | NO |
| b) ¿Depresión, mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, epilepsia, neuritis, ciática, enfermedades del tipo mental o nerviosa? | NO |
| c) ¿Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemóptisis, bronquitis, pleuresia, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedad del sistema respiratorio o crónica? | NO |
| d) ¿Dolor en el pecho, afección coronaria, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, arritmias, soplo cardíaco, ataque cardíaco, miocardiopatías, insuficiencia cardíaca, infartos, obstrucciones arteriales periféricas, angina de pecho u otra enfermedad del sistema cardiovascular? | NO |
| e) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, hepatitis A, B o C, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula? | NO |
| f) ¿Enfermedades endocrinas o metabólicas, renales, azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato genital, diabetes, enfermedad de la tiroides y otras glándulas endocrinas? | NO |
| g) ¿Reumatismo, artritis, gota, lupus eritematoso o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda, articulaciones, alguna deformidad, cojera o amputación? | NO |
| h) ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer, leucemia, anemia y otras? | NO |
| i) ¿Consume bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, especifique tipo de bebida y cantidad diaria) | NO |
| (2) ¿En la actualidad fuma usted, durante los últimos 24 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (En caso afirmativo, indique cuántos al día) | NO |
| (3) ¿Durante los últimos 10 (diez) años ha consumido L.S.D., marihuana, heroína, cocaína, barbitúricos, o cualquier droga narcótica, o ha sido tratado por abuso de drogas o alcohol? | NO |
| (4) ¿Está usted actualmente sometido a observaciones, tratamiento o ingiere medicación por alguna enfermedad? | NO |
| (5) En los últimos 10 (diez) años: | |
| a) ¿Ha tenido alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas? | NO |
| b) ¿Ha tenido alguna revisión médica, consulta, lesión u operación quirúrgica? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18) | NO |
| c) ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18) | NO |
| d) ¿Ha sido sometido a electrocardiogramas, radiografías u otro tipo de análisis? (Aclarar fecha y motivo en el punto 18) | NO |
| e) ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado? En caso afirmativo indicar motivo: | NO |
| (6) ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar o de otro seguro de vida por deficiencia física o mental? | NO |
| (7) ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo? | NO |
| (8) ¿Tiene usted conocimiento si en su familia hay antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio? | N |

| | | |
|--|--|----|
| ¿Conoce usted con certeza los valores de su tensión arterial? | | NO |
| En caso afirmativo, consígnelos: Máxima: Mínima: | | |
| (10) ¿Fue informado, alguna vez en los últimos diez (10) años, que presentaba cifras elevadas de tensión arterial o le fue prescripto algún tratamiento para la hipertensión arterial? | | NO |
| (11) a) Estatura: 1.73 cms. b) Peso vestido: 68 kgs. | | |
| (12) ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 12 meses? Subió: kgs. Bajó: kgs. Explique la causa en el punto 18 | | NO |
| (13) ¿Ha sido diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo de enfermedades derivadas del SIDA (arc.), o exámenes con resultados que indiquen que ha estado expuesto al virus (HIV positivo)? | | NO |
| (14) ¿Tiene usted alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdidas de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel? | | NO |
| (15) ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual: hepatitis B, sífilis o SIDA? | | NO |
| (16) ¿Posee algún otro seguro de vida o de accidentes personales? | | |
| En caso afirmativo, indicar capital asegurado, compañía, N° de póliza y fecha de vigencia: ① \$1.400.000 Póliza 153889712 MAPSA - 01/04/17 - 01/01/20 Póliza 153475212 15/03/19 | | SI |

SÓLO PARA MUJERES

(17) a) ¿Padece o ha padecido en los últimos 10 años, enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas con respecto a ovarios, mamas, útero u otra operación urogenital?

b) ¿Se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo, ¿de cuántos meses?

(18) ACLARACIONES A RESPUESTAS AFIRMATIVAS: "En caso de que el asegurador solicitara mayor información, autorizo, dentro de los límites legales, tanto al médico como a mi persona, a dar a conocer estos datos entera y libremente"

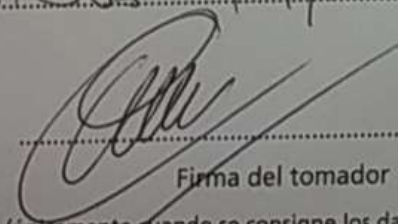
El proponente asegurable deberá completar las respuestas de su puño y letra. Ley N° 17.418 (Ley de Seguros) Art. 5 - "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicios de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato". Estas manifestaciones forman parte integrante de la solicitud de un Seguro de Vida con San Cristobal SMSG, según condiciones de la póliza vigentes para este contrato, o aquellas que la reemplacen a la fecha de terminación de la misma.

Declaro que he leído las contestaciones consignadas en este formulario y las considero verídicas, precisas y completas.

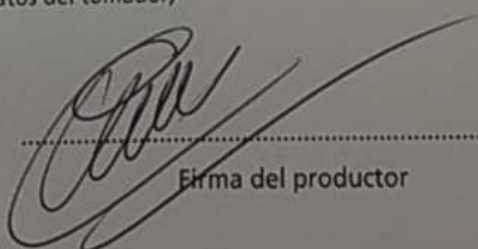
Autorizo, con relación al seguro, a los médicos y/o instituciones médicas que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, así como a toda Aseguradora a la que hubiera presentado una Solicitud para contratar un Seguro de Vida o Salud o que lo haga en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conozcan sobre mi salud o enfermedades padecidas por mí.

| Cobertura | Tasa ‰ | Prima de tarifa |
|--|--------|-----------------|
| Riesgo muerte: | | |
| Incapacidad total y permanente: | | |
| Indemniz. parciales y doble por muerte accidental: | | |
| Prima total | | |

Lugar: B. Bca 20/04/2020 Fecha: 20 de ABRIL de 2020


Firma del tomador
(únicamente cuando se consigne los datos del tomador)

Firma del solicitante


Firma del productor



San Cristóbal
SEGUROS

Seguro de Vida Temporario Anual

Solicitud

RESERVADO PARA USO INTERNO DEL ASEGURADOR:

Otros requisitos solicitados:

Conclusión:

Observaciones:

.....
Firma del suscriptor

| Nombre del Productor | Productor N° | Organizador N° | Cobrador N° | Cliente especial N° |
|----------------------|--------------|----------------|-------------|---------------------|
| Molina Diego | 5232 | 5232 | | |

| Socio N° | Agencia N° | Vigencia Inicial | Póliza N° |
|----------|------------|------------------|-----------|
| | | | |