

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

FECHA DD / MM / AAAA

Esta solicitud forma parte del Contrato de Seguros. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.**

La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CONTESTADA, LA SOLICITUD NO PODRÁ SER PROCESADA Y SERÁ DEVUELTA COMO INCOMPLETA.

PRODUCTO PLAN

PREVISOR

- PLAN A
 PLAN B
 PLAN C
 PLAN D
 OTRO, ESPECIFICAR

TRÉBOL SALUD

 GENÉRICO

VIVA SALUD

- GENÉRICO
 EXTENDIDO

SUMAR SALUD

- BASE
 PLUS

MOTIVO DE SOLICITUD

- PÓLIZA NUEVA
 MIGRACIÓN DE PRODUCTO
 INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES
 N° DE PÓLIZA (MIGRACIÓN/INCLUSIÓN)

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

NOMBRE AGENTE

CÓDIGO

OFICINA

DATOS DEL CONTRATANTE

 Persona Natural

 Persona Jurídica

Razón Social / Nombres y Apellidos

DNI CEX RUC N°

 Sexo F M

Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA

Nacionalidad

 Estado Civil S C V D

 Profesión
Ocupación / Actividad Económica

Centro de trabajo

Cargo que ocupa

Dirección

Distrito

Provincia

Departamento

Teléfono fijo

Celular

Correo electrónico

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno			Apellido materno						
Nombres									
DNI	CEX	RUC N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA		
Edad		Talla		Peso					
Nacionalidad			Profesión		Estado Civil	S	C	V	D
Dirección									
Distrito		Provincia	Departamento						
Teléfono fijo		Celular	Correo electrónico						

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

PARENTESCO CON EL TITULAR (Cónyuge)

Apellido paterno			Apellido materno					
Nombres								
DNI	CEX	N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Edad
Nacionalidad			Profesión/Actividad		Talla	Peso		

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 1)

Apellido paterno			Apellido materno					
Nombres								
DNI	CEX	N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Edad
Nacionalidad			Profesión/Actividad		Talla	Peso		

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 2)

Apellido paterno			Apellido materno					
Nombres								
DNI	CEX	N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Edad
Nacionalidad			Profesión/Actividad		Talla	Peso		

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 3)

Apellido paterno			Apellido materno					
Nombres								
DNI	CEX	N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Edad
Nacionalidad			Profesión/Actividad		Talla	Peso		

PARENTESCO CON EL TITULAR (Hijo 4)

Apellido paterno			Apellido materno					
Nombres								
DNI	CEX	N°	Sexo	F	M	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Edad
Nacionalidad			Profesión/Actividad		Talla	Peso		

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

CONTINUIDAD DE PREEXISTENCIAS

¿Tiene(n) o ha(n) tenido algún otro seguro de salud? Sí NO

Si la respuesta es afirmativa, indicar: Compañía de Seguros

EPS

Otro, especificar

Indique el nombre de la compañía

Indique el nombre del producto

Indique el periodo de vigencia: Desde DD / MM / AAAA Hasta DD / MM / AAAA

Para gozar del beneficio de continuidad de los Periodos de Carencia y Espera es requisito indispensable, en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía o EPS, presentar junto con este documento:

- Copia de Póliza y/o Plan anterior donde se indiquen todas las persona aseguradas.
- Constancias de la Póliza y/o Plan anterior (incluir fecha de inicio y de fin de vigencia).
- Reporte de siniestros de todos los miembros asegurados en la Póliza y/o Plan anterior.

Asimismo, para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias, debes haber solicitado el seguro considerando los siguientes plazos:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de tu Seguro de Salud anterior.
- Hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de tu EPS anterior.

FORMA DE PAGO

Elija una de las opciones para el fraccionamiento del pago

CARGO EN CUENTA Y CUPONES

Débito Automático	Cupones
<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)	<input type="checkbox"/> Contado (1 cuota)
<input type="checkbox"/> 4 cuotas trimestrales	<input type="checkbox"/> 4 cuotas trimestrales
<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 16.56%)	<input type="checkbox"/> 10 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 16.56%)
<input type="checkbox"/> 12 cuotas (aplican intereses con una TCEA de 16.56%)	

* Pólizas individuales Sumar Salud Base y Sumar Salud Plus requieren afiliación obligatoria al débito automático; no esta sujeto a tasas de interés. Las tarjetas de crédito autorizadas son: Visa, MasterCard, American Express y Diners Club. Los bancos autorizados son: Scotiabank, BCP, Interbank y BBVA.

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

Esta solicitud forma parte del Contrato de Seguros. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.**

Responde cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando con una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrate que todas estén completas, de lo contrario la solicitud no podrá ser procesada y se tomará como no presentada.

Por favor, asegúrate de responder según el orden de dependientes asignado en la sección de DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES.

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. Enfermedades al cerebro o del Sistema Nervioso: Aneurisma, epilepsia o convulsiones, parálisis, apoplejía, malformaciones arterio-venosas, derrame cerebral u accidente cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición, pérdida del conocimiento u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro.						
2. Enfermedades mentales, psiquiátricas o trastornos psicológicos: Neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención, trastornos del desarrollo, retraso mental, insomnio, tics, trastornos de la ingestión de alimentos como anorexia, bulimia, entre otros, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación, o padece de alguna otra enfermedad trastornos psiquiátrico o psicológico o enfermedad mental.						
3. Enfermedades del aparato respiratorio: Asma, rinitis, bronquitis crónica, ronquera crónica, sinusitis crónica, enfisema, neumonía, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis, desviación del tabique o septum nasal, apnea del sueño, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio.						
4. Enfermedades del aparato cardiovascular: Infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, angioplastia, presión arterial elevada o hipertensión arterial, soplo cardíaco, dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos elevado), dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular.						
5. Enfermedades del aparato digestivo y pared abdominal: Dispepsia, gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, estreñimiento, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, colon irritable, cirrosis hepática, cólico vesicular, diastasis de rectos, eventraciones, hernias, enfermedades en el esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula u otra dolencia digestiva.						
6. Enfermedades endocrinológicas: Hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de Cushing, adenoma o tumor de hipófisis, hiperprolactinemia u otra enfermedad endocrinológica u hormonal.						

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
7. Enfermedades del aparato genitourinario: Insuficiencia renal, incontinencia urinaria, quistes, cálculos, tumores, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata, enfermedades venéreas o de transmisión sexual u otras enfermedades del aparato urinario o de los órganos genitales. Si es afirmativa la respuesta precisar localización.						
8. Infecciones por hongos, bacterias, virus u otros: Brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis u otras.						
9. Enfermedades ginecológicas: Miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, aborto a repetición, amenorrea o alteraciones del ciclo menstrual, displasia cervical, cervicitis crónica, papiloma virus, enfermedad inflamatoria pélvica, disfunción ovárica u otras enfermedades ginecológicas. Si es afirmativa la respuesta precisar localización.						
10. ¿Está embarazada actualmente? ¿Hubo tratamiento de fertilidad? _____ Tiempo de gestación: _____						
11. Enfermedades de la mama: Dolor, quiste, fibroadenoma, ginecomastia, gigantomastia.						
12. Infertilidad, disfunción sexual, cambios de sexo.						
13. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo: Lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, fibromialgia, esclerodermia u otras enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo.						
14. Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones, columna vertebral y músculos: Artritis, artrosis, reumatismo, gota, cervicalgia, dorsalgia, lumbago, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, deformidades, fracturas, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, enfermedades en los meniscos y cadera, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral.						
15. Enfermedades hematológicas o de la sangre: Anemias, leucemias, policitemia, trastornos de la coagulación, hemofilia u otras enfermedades hematológicas o de la sangre.						
16. Enfermedades en los ojos: Cataratas, pterigión o carnosidad, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis, trastornos de la visión u otras enfermedades de los ojos.						
17. Enfermedades de los oídos: Hipoacusias o sordera, enfermedades del tímpano u otras enfermedades de los oídos.						

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
18. Enfermedades de la piel: Psoriasis, vitíligo, acné, rosácea, melasma, dermatitis alérgica, hiperhidrosis, alopecia o caída del pelo u otras enfermedades de la piel.						
19. Tumor benigno o maligno, en cualquier órgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica o cáncer.						
20. Transplante de cualquier órgano.						
21. Procedimientos estéticos y/o reconstructivos: Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis o implantes de cualquier tipo.						
22. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? Precisar motivo: _____						
23. Enfermedad o defecto de origen congénito, genético o adquirido al nacer.						
24. ¿Practica algún deporte, actividad física de alto riesgo o deporte profesional? Detallar cuál y la periodicidad: _____						
25. ¿Le han recomendado o se ha realizado algunas de estas pruebas? Si marcó afirmativamente, detallar: _____						
25.1. Resonancia o tomografía Detallar órgano: _____						
25.2. Prueba de esfuerzo, electrocardiograma, perfusión miocárdica.						
25.3. Electroencefalograma.						
25.4. Papanicolaou, mamografía, ecografía prostática y PSA.						
25.5. Prueba de colesterol, triglicéridos y/o glucosa en la sangre.						
25.6. Pruebas de SIDA.						
26. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta 2da. generación) que haya padecido de alguna enfermedad cardiológica, vascular, cerebral, derrame o infarto, enfermedad renal, diabetes, cáncer o tumor maligno, enfermedad psiquiátrica, Parkinson, esclerosis, lupus, Alzheimer, cualquier enfermedad de carácter hereditario no mencionada? Detallar diagnóstico e indicar parentesco: _____						

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
27. ¿Consume o ha consumido cigarrillos? Nombre y Apellido: _____ Consumo semanal: ____ cigarrillos. Desde (año) ____ hasta (año) ____ Nombre y Apellido: _____ Consumo semanal: ____ cigarrillos. Desde (año) ____ hasta (año) ____						
28. ¿Consume o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos, o es o ha sido farmacodependiente? Indicarlo: _____						
29. ¿Se atiende usualmente en una clínica, hospital o centro médico? Nombre y Apellido: _____ Lugar: _____ Nombre y Apellido: _____ Lugar: _____ Nombre y Apellido: _____ Lugar: _____						
30. ¿Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o ha estado recibiendo algún medicamento? Detallar: _____						
31. ¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente debido a alguna enfermedad u accidente? Detallar motivo y diagnóstico: _____						
32. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?						

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

Si alguna respuesta fue positiva, indicar:

N° PREGUNTA AFIRMATIVA	NOMBRE COMPLETO	DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD O DOLENCIA	CLÍNICA O CENTRO MÉDICO DONDE SE ATENDIÓ	TRATAMIENTO RECIBIDO			FECHA DE DIAGNÓSTICO	ESTADO ACTUAL
				MEDICAMENTO	CIRUGÍA	HOSPITALIZACIÓN		
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	
							/ /	

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.

Asimismo autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.

El archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN PARA EL ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

EL ASEGURADO acepta el envío de éste producto mediante una póliza de seguro electrónica.

La póliza electrónica será transmitida en versión digital con certificados de conexión segura y con la validación de un tercero fedatario que certifique que dicha póliza electrónica ha sido entregada y leída por EL ASEGURADO.

Igualmente la póliza electrónica se archivará en un entorno seguro, encontrándose a disposición de EL ASEGURADO de forma inmediata y permanente.

Sin perjuicio de lo antes indicado, EL ASEGURADO deberá adoptar las medidas de precaución adecuadas y suficientes para que su contraseña permanezca de manera confidencial, no permitiendo su acceso a terceros.

DECLARACIÓN JURADA DEL DECLARANTE

Esta solicitud de Seguro forma parte del Contrato de Seguros.

Declaro que la información brindada en esta solicitud es cierta y completa y sé que la declaración inexacta, la omisión, simulación o falsedad en las declaraciones brindadas determina la nulidad del contrato, siempre que medie dolo o culpa inexcusable.

Los solicitantes declaran tener conocimiento que LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento.

Autorizo a todo médico, clínica, hospital u otros establecimientos médicos, compañías de seguros o cualquier otra institución o persona que tenga algún registro o información sobre mi persona o de mi salud a brindar a MAPFRE dicha información, comprendiéndose dentro de esta, documentos del archivo médico, exámenes, copia de historia clínica u otras pruebas médicas, inclusive lo relacionado con el VIH SIDA, según se considere conveniente para poder evaluar cada caso en particular, dispensándolos del secreto profesional.

En caso que el titular por asegurar sea menor de edad, el contratante del seguro deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud. Igual facultad podrá ejercer el tutor legal del menor de edad.

SOLICITUD DE EMISIÓN / DECLARACIÓN DE SALUD

Declaro que conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la prima, la cobertura y la decisión final de MAPFRE SEGUROS para asegurar el riesgo analizado. Por ello, conozco que la prima que me ha sido informada al momento de llenar esta Solicitud puede variar dependiendo de las condiciones médicas que he declarado en esta Solicitud, en cuyo caso la nueva prima me será informada para que preste mi aceptación de manera previa a la emisión de la Póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el Contratante tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

NOTAS IMPORTANTES

LA COMPAÑÍA entregará la Póliza de seguros al Solicitante Titular y/o Contratante dentro del plazo de 15 días calendarios de haber recibido la solicitud, si es que no es rechazada, salvo en los productos que no tengan condiciones de asegurabilidad en los que solo es suficiente la aceptación del contratante para obtener el seguro.

No obstante, cuando corresponda, LA COMPAÑÍA se obliga a comunicar el rechazo de la solicitud dentro del plazo de 15 días calendario de recibida, salvo que LA COMPAÑÍA haya requerido información adicional y/u otros requerimientos adicionales necesarios para la evaluación del riesgo, dentro del referido plazo. En este caso, el plazo para comunicar el rechazo se contará a partir de la recepción de la información completa solicitada y de cumplidos los requerimientos realizados por LA COMPAÑÍA.

En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información solicitada por LA COMPAÑÍA y/o no cumpla con los requerimientos que LA COMPAÑÍA haya realizado, se considerará rechazada la solicitud. El Contratante y/o Asegurado podrá presentar una nueva solicitud.

En caso se haya entregado la póliza al CONTRATANTE, y el asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la póliza, a la empresa, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de LA COMPAÑÍA, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por LA COMPAÑÍA, en tanto hubieran proporcionado información veraz. La presente solicitud tiene una vigencia de 15 días. Transcurrido este plazo será inválida para cualquier trámite.

EL CONTRATANTE

EL TITULAR

10/10



Lima
213-3333
Provincia
0801-1-1133

