Asociación Mutual
de Protección Familiar

SEGUROS

Fecha:

Delegación:

ALTA DE SEGURO
SEGURO SALUD - SMG

Solicito la adhesión a los siguientes Servicios que brinda la ASOCIACION MUTUAL DE PROTECCION FAMILIAR:

DATOS DEL ASOCIADO PARTICIPANTE

CATEGORÍA DE ASOCIADO: Nº DE CUIL:

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: FECHA NACIMIENTO:

DOMICILIO: BARRIO:

LOCALIDAD: PARTIDO:

PROVINCIA: PAÍS: COD POSTAL:

TELÉFONO: TELÉFONO CELULAR:

ESTADO CIVIL: NACIONALIDAD:

E-MAIL:

FORMA DE PAGO:

DATOS DEL ASOCIADO TITULAR

CATEGORÍA DE ASOCIADO:

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

DOMICILIO: BARRIO:

LOCALIDAD: PARTIDO:

PROVINCIA: PAÍS: COD POSTAL:

PARENTESCO:

FECHA INICIO DE VIGENCIA:

ASOCIADO TITULAR
Firma y Aclaración

PERSONAL DE ATENCIÓN EN DELEGACIÓN(*)
Firma y Aclaración

(*) Presta conformidad de verificación de la identidad y firma del asociado.

32010202828241810020102023032 9

Asociación Mutual
de Protección Familiar

SEGUROS

Fecha:

Delegación:

ALTA DE SEGURO
SEGURO SALUD - SMG

Notificaciones

El solicitante afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que ha confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad. Asimismo, faculta a SMG LIFE Seguros de Vida S.A. a presentar esta autorización en el correspondiente ente de pago seleccionado.

El solicitante declara haberse notificado de las condiciones generales y particulares de los seguros solicitados, las que deberá conocer en todas sus partes y afirma que las informaciones dadas son completas y exactas aun cuando no estén escritas en puño y letra. En tal caso se compromete a pagar el premio correspondiente. Lo antes declarado en esta solicitud se considera integrado a la póliza de seguro que cubrirá el objeto del seguro indicado en esta orden. Art. 5 Ley N 17.418 (Ley de Seguro) – Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificados sus condiciones, si el asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El/los contratante/s y/o beneficiarios adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto para las resoluciones N 32/2011 y N 11/2011 de la Unidad de Información Financiera s/Ley N 25.246 y conocen los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o cualquier cesión de derechos, cambio y/o anulación.

El solicitante recibe en este momento copia de las condiciones particulares de la Póliza que da cobertura según los beneficios definidos Ut-Supra, para los seguros solicitados.

La deuda de 2 (dos) cuotas producirá la baja automática del servicio por mora, manteniéndose la deuda en su cuenta corriente

ASOCIADO TITULAR
Firma y Aclaración

PERSONAL DE ATENCIÓN EN DELEGACIÓN(*)
Firma y Aclaración

(*) Presta conformidad de verificación de la identidad y firma del asociado.

Cobertura sujeta a la aceptación por parte de las compañías de seguros intervinientes en el programa y exclusivo para asociados de AMPF.

32010202828241810020102023032 9

SEGURO MUTUAL

SEGURO SALUD

SMG LIFE
SEGUROS DE VIDA Y RETIRO
brinda este servicio de seguros

Asociación Mutual de Protección Familiar

CONDICIONES DE INGRESO

- Edad mínima de ingreso: 1 año.
- Edad máxima de ingreso: 71 años inclusive.
- Límite de permanencia hasta 80 años.
- Inicio de vigencia: ver formulario de alta
- En caso de accidente las carencias desaparecen.
- Preexistencia: No cubren los eventos que sean consecuencia de afecciones, enfermedades o adicciones existentes a la fecha de incorporación a la cobertura.

COBERTURA	TIPO	SUMA ASEGURADA(*)	CARENCIA
Intervenciones quirúrgicas de alta complejidad	indemnización	Desde $ 20.000.- Hasta $ 40.000.-	90 días
Trasplantes	indemnización	Hasta $108.000.-	120 días
Prótesis (traumatológicos, cardiovasculares, neurológicos, oculares y auditivos)	reintegro de gastos	Hasta $ 13.000.-	90 días
Primer diagnóstico de cáncer	indemnización	Pago único: $ 70.000.-	60 días
Renta diaria	indemnización		90 días
Por internación		Hasta $ 210 por día.-	
Terapia intensiva y unidad coronaria		Hasta $ 400 por día.-	

(*) La suma asegurada y la cantidad de eventos cubiertos estarán de acuerdo al tipo de prótesis o transplante a realizar. Para mayor detalle, consultar el nomenclador de coberturas.

Beneficios adicionales:

- **FARMACIA**
  Descuentos en medicamentos de hasta el 40%, en todo el país.
- **SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS** -carencia 60 días-
  - CÓDIGO ROJO
    Atención médica y traslados ambulatorios ante situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.
  - MEDIPHONE
    Servicio de consultas telefónicas a un profesional de la salud (médico de guardia), las 24hs los 365 días del año.

Línea de consultas y siniestros para el asociado
0810.222.7645
de lunes a viernes de 9 a 18 hs

Servicio de emergencias médicas
0810.999.7645
todos los días las 24 hs

Este detalle es solo de carácter informativo, las condiciones particulares del seguro constan en el certificado que podrá solicitar en su delegación.

SEGURO SALUD

SMG LIFE
SEGUROS DE VIDA Y RETIRO
brinda este servicio de seguros

Asociación Mutual de Protección Familiar

Documentación para el pago de siniestro

COBERTURA	REQUISITOS	DOCUMENTACIÓN
Intervenciones quirúrgicas	Certificado vigente y cobertura financiera al momento del hecho	• Solicitud de beneficiario. • Historia Clínica. • Protocolo quirúrgico.
Trasplantes	Certificado vigente y cobertura financiera al momento del hecho	• Solicitud de beneficio. • Historia clínica. • Constancia Inscripción INCUCAI.
Prótesis	Certificado vigente y cobertura financiera al momento del hecho	• Solicitud de beneficiario. • Factura original ó certificada. • Historia clínica.
Renta diaria por internación, terapia intensiva y unidad coronaria	Certificado vigente y cobertura financiera al momento del hecho	• Solicitud de beneficiario. • Historia clínica.
Primer diagnóstico de cáncer	Certificado vigente y cobertura financiera al momento del hecho	• Solicitud de beneficiario. • Historia clínica.

Matrícula 229

Atención al segurado 0800-666-8400

Organismo de control www.argentina-gob.ar/ssn

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Este detalle es solo de carácter informativo, las condiciones particulares del seguro constan en el certificado que podrá solicitar en su delegación.