

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD AMPLIADA

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: _____

CUIT N°: _____

Póliza N°: _____

Datos Personales del Solicitante

Titular

Cónyuge

Capital a Asegurar: _____

Apellido y Nombres: _____

DNI N°: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

N°: _____

Piso: _____

Localidad: _____

C.P.: _____

Provincia: _____

Teléfono Particular: _____

Celular: _____

Teléfono Laboral: _____

E-mail: _____

MUY IMPORTANTE: Debe ser completada de puño y letra por el solicitante, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fé, que a juicio 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".

Cuestionario

1) Indique: Estatura: _____ Peso (vestido/a): _____ ¿Varió en el último año? SI NO

Aumentó: _____ Kg. Disminuyó: _____ Kg.

2) Cifras de Presión Arterial: Máxima: _____ Mínima: _____ ¿Practica algún deporte? SI NO

¿Cuál? _____

3) ¿Ha sido tratado o sufre alguna de las siguientes enfermedades/molestias? (en caso afirmativo marque con una cruz y amplie en "Aclaraciones", detallando: fecha, diagnóstico, tratamiento, duración, grado de recuperación, estado actual y secuelas)

a) Enfermedades en los ojos, oídos, nariz y/o garganta

Aclaraciones: _____

b) Mareos, desmayos, cefaleas, convulsiones, epilepsia, trastornos nerviosos o mentales, temblores y/o parálisis

Aclaraciones: _____

c) Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, expectoración con sangre, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad del sistema respiratorio

Aclaraciones: _____

d) Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, soplo cardíaco, fiebre reumática, ataque cardíaco u otra enfermedad cardiovascular

Aclaraciones: _____

e) Ictericia, hemorragia intestinal, acidez, dolor de estómago frecuente, úlcera, hernia, apendicitis, cólicos intestinales, colitis, diverticulitis, hemorroides, deposiciones o vómitos con sangre o cualquier enfermedad del estómago, intestino, hígado o vesícula

Aclaraciones: _____

f) Sangre, pus, albúmina o azúcar en orina, piedras (cálculos) u otras enfermedades en los riñones, vejiga, próstata o aparato genital

Aclaraciones: _____

g) Diabetes, enfermedad tiroidea u otras glándulas endócrinas

Aclaraciones: _____

h) Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo columna, espalda y articulaciones

Aclaraciones: _____

i) Alguna deformidad u amputación

Aclaraciones: _____

j) Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores y/o cáncer

Aclaraciones: _____

k) Alguna enfermedad de transmisión sexual, hepatitis B, sífilis, etc

Aclaraciones: _____

l) Alguna enfermedad física o mental, no mencionada anteriormente

Aclaraciones: _____

4) ¿Ha bebido o bebe alcohol en exceso, ha recibido tratamiento por esa causa? SI NO

(En caso afirmativo, amplie en "Aclaraciones")

Aclaraciones: _____

5) ¿En la actualidad fuma o ha fumado en los últimos 5 años cigarros, pipa o usado tabaco de cualquier forma? SI NO

(En caso afirmativo, de detalles y cantidad diaria)

Aclaraciones: _____

6) ¿Ha usado LSD, heroína, marihuana, cocaína, barbitúricos o cualquier droga narcótica, o ha sido tratado por abuso de drogas? SI NO

Aclaraciones: _____

7) ¿Ha estado internado en algún establecimiento asistencial o ha tenido alguna operación quirúrgica? ¿Cuándo?

¿Dónde? ¿Por qué causa? SI NO

Aclaraciones: _____

8) ¿Se le ha aconsejado algún estudio, internación u operación quirúrgica? ¿Cuál y por qué causa? SI NO

Aclaraciones: _____

9) ¿Esta bajo tratamiento médico? ¿Por qué causa? ¿Quién es su médico tratante? SI NO

Aclaraciones: _____

10) ¿Ha solicitado o percibido alguna vez un seguro por incapacidad de cualquier tipo? SI NO

Aclaraciones: _____

11) Si la solicitante es mujer: ¿Ha tenido trastornos serios en embarazos, menstruales, genitales o pechos? SI NO

Aclaraciones: _____

¿Está Ud. Embarazada? SI NO ¿De cuantos meses? _____

12) ¿Autoriza a la compañía a solicitar informes acerca de su salud a los médicos e instituciones que lo hayan asistido? SI NO

13) ¿Releva Ud. del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que lo han asistido o que lo hagan en el futuro? SI NO

14) Antecedentes familiares: ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea, renal o mental? SI NO

Aclaraciones: _____

	Edad	Estado de salud	Edad al morir y causas de la muerte
Madre			
Padre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			

NOTA IMPORTANTE: 1) La cobertura solicitada no entrará en rigor hasta tanto la presente Declaración Jurada sea recibida por la compañía aseguradora y esta acepte el riesgo. 2) Si al momento de suscribir la presente, Usted padeciera una enfermedad preexistente, regirán las previsiones del Art. 6 último párrafo de las Condiciones Generales.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Solicitante