

(Favor de completar en letra de imprenta con tinta negra o azul)

Para ser incluido en el Seguro de Vida Colectivo, de acuerdo con las condiciones de la póliza N° _____

Art. 5 Ley N° 17.418 (Ley de Seguros): Toda declaración falsa o retención de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

1 - PROPUESTO ASEGURADO

Apellido _____ Nombres _____

Fecha de Nacimiento _____ Domicilio _____ Código Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Teléfono Particular _____ Teléfono Comercial _____ Sexo M F

Nacionalidad _____ DNI / CUIL _____ Saldo de Deuda _____

Estado Civil: Casado/a Concubino/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

2 - OCUPACION

Actividades, tareas diarias y naturaleza del negocio, indique detalladamente las que desarrolla en su lugar de trabajo el PROPUESTO ASEGURADO.

3 - INFORMACION GENERAL

Por favor responder las siguientes preguntas:

1) Indique que deportes practica y describa sus hobbies y si alguno lo hace en competición.

2) Utiliza motocicletas de mas de 125cc? Si responde afirmativamente indique cual es la finalidad del uso. Si No

4 - DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES MEDICOS

1) Indicar fecha y motivo de la última consulta médica realizada _____

2) Nombre de su medico personal, Obra Social y/o Medicina Prepaga _____

3) Fuma actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses? Si No

Si su respuesta es SI indicar cantidad diaria _____

Si ha dejado de fumar, indique desde cuándo y si ha sido por prescripción medica. _____

4) Consume bebidas alcohólicas? Si No

Cantidad diaria _____ Cuales _____

5) Es zurdo, diestro o ambidiestro? _____

6) Peso _____ Estatura _____

7) Vario su peso significativamente en los últimos 12 meses? Si No

Si la respuesta es si indicar cantidad y motivo. _____

SI LA RESPUESTA A UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ES "SI" PROPORCIONE DETALLES EN NOTAS Y ACLARACIONES.

GRUPO 1 – ENFERMEDADES

Padece o ha padecido alguna vez de:

- 1) Asma, enfisema, bronquitis, pleuresía, tos persistente, expectoración de sangre, tuberculosis, dificultad respiratoria o cualquier enfermedad respiratoria o pulmonar? Si No
- 2) Infarto, dolores de pecho, arritmia, hipertensión arterial, soplos, palpitaciones, falta de aire o cualquier enfermedad del corazón, vasos sanguíneos o trastornos circulatorios? Si No
- 3) Enfermedad del hígado, esófago, duodeno, intestino, úlceras, hernias, estomago, divertículos, vesícula biliar, bazo, pólipos, páncreas, diabetes, bocio, gota, hipotiroidismo, hipertiroidismo, otra enfermedad de las glándulas tiroideas, paratiroides y suprarrenales, cirrosis, hepatitis, hemorroides o diarreas recurrentes? Si No
- 4) Azotemia, pielonefritis, uremia, insuficiencia renal, neuropatías, cálculos, cólicos renales, infecciones urinarias o cualquier otro trastorno de riñón, próstata o vías urinarias? Si No
- 5) Trastorno o enfermedad de los huesos, articulaciones, columna, músculos, artritis, reumatismo, gota, fiebre reumática? Si No
- 6) Anemia, trastorno de la médula ósea, problemas de coagulación, hemofilia, linfoma, leucemia u otra enfermedad de la sangre? Si No
- 7) Desmayos, espasmos, dolores de cabeza frecuentes, vértigos, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, temblores, neuritis, depresión, ansiedad, bulimia, anorexia, delirios o algún trastorno psíquico mental? Si No
- 8) Pérdida de vista, defecto, afección de la retina o limitación visual, sordera, lesión del tabique nasal, sinusitis, ronquera, disfonía o enfermedad de la piel? Si No
- 9) Cáncer, quiste o tumor de cualquier tipo y/o forma? Si No
- 10) Alteraciones metabólicas del colesterol, lípidos, ácido úrico, triglicéridos, etc. Si No

GRUPO 2 – TRATAMIENTOS

- 1) Actualmente o en los últimos 12 meses, se le ha indicado la realización de estudios médico diagnósticos, o se le ha prescrito algún tratamiento médico? Si No
- 2) Alguna vez le practicaron radiografías, electrocardiograma, electroencefalograma, tomografía computada, ecografía, análisis de sangre u orina o resonancia magnética u otros estudios? Si No
- 3) Fue internado en algún hospital, clínica o establecimiento médico en los últimos 5 años? Si No
- 4) Ha recibido alguna vez tratamiento, asesoramiento médico o se le han realizado análisis relacionados con HIV/SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual, como hepatitis B, hepatitis C, sífilis, etc. Si No
- 5) Ha recibido tratamiento, asesoramiento médico o se le ha practicado algún estudio que no fue declarado anteriormente? Si No
- 6) En la actualidad, esta tomando algún medicamento? Si No
- 7) Toma actualmente alguna droga sin prescripción médica, o esta o ha estado en tratamiento por uso de alcohol o drogas? Si No
- 8) Ha recibido alguna transfusión de sangre? Si No
- 9) Ha sido sometido a cirugías o tiene tratamientos o intervenciones quirúrgicas pendientes? Si No
- 10) Tiene alguna limitación física congénita o como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, pérdida de visión, etc.)? o Se ha ausentado del trabajo por enfermedad o lesión más de 10 días en los últimos 5 años? Si No

GRUPO 3 – SOLO PARA MUJERES

- 1) Esta actualmente embarazada? Si No Fecha prevista de parto
- 2) Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, mamas u órganos genitales? Si No

GRUPO 4 – HISTORIA FAMILIAR

- 1) Ha recibido alguien de su familia inmediata (padres o hermanos/as), diagnóstico de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, problemas cardíacos, renales, enfermedades mentales o cualquier enfermedad hereditaria? Si No

2)

1º Asegurado	Edad (si vive)	Edad al fallecer	Causa del Fallecimiento
Padre			
Madre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			

NOTAS Y ACLARACIONES

Incluya: **a)** el número de pregunta, **b)** el diagnóstico y tratamiento, **c)** los resultados, **d)** las fechas y duración, **e)** los nombres, direcciones y teléfonos de todos los médicos personales y establecimientos médicos.
