



SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE SALUD  
**CUESTIONARIO DE SALUD DEL  
 PROPONENTE ASEGURABLE**



El Proponente Asegurable deberá completar las respuestas de su puño y letra. 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 modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo hace nulo el contrato - Art. N° 5, Ley de Seguros N° 17.418.

Estas manifestaciones forman parte integrante de la solicitud de un Seguro Colectivo de Vida Deudores con I.A.P.S.E.R., según condiciones de la póliza vigente para este contrato, o aquellas que la reemplacen a la fecha de terminación de la misma.

Apellido y Nombres: (*)	
Tipo y Nro. de Documento: (*)	
Obra Social / Medicina Prepaga:	Nro. de Afiliado:
Médico de Cabecera:	
Dirección:	Teléfono:
E-mail:	
Fecha y motivo de la consulta más reciente: (dentro de los últimos 10 años)	

(\*): Estos datos deben coincidir con los consignados en la Solicitud de Seguro del Proponente Asegurable.

**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.

<b>1</b> En los últimos 10 años ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de: (marque lo que corresponde, subraye los datos pertinentes en la pregunta)	
a) ¿Enfermedades o defectos de ojos, oídos, nariz o garganta?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) ¿Depresión, mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, epilepsia, neuritis, ciática, enfermedades del tipo mental o nerviosa?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) ¿Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemóptisis, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedad del sistema respiratorio o crónica?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
h) ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer, leucemia, anemia y otras?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
i) ¿Consume bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, especifique tipo de bebida y cantidad diaria)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>2</b> ¿En la actualidad fuma usted o durante los últimos 24 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (En caso afirmativo, indique cuántos al día)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**2**

Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R.      [www.institutoseguro.com.ar](http://www.institutoseguro.com.ar)

SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE SALUD  
**CUESTIONARIO DE SALUD DEL  
 PROPONENTE ASEGURABLE**



<b>3</b> ¿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?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4</b> ¿Está usted actualmente sometido a observaciones, tratamiento o ingiere medicación por alguna enfermedad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>5</b> En los últimos 10 años:	
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha tenido alguna revisión médica, consulta, lesión u operación quirúrgica? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio y otros establecimientos médicos? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d) ¿Ha sido sometido a electrocardiogramas, radiografías u otro tipo de análisis? (Aclarar fecha, motivo en el punto 18)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
e) ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado? En caso afirmativo, indicar motivo:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>6</b> ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar o de otro seguro de vida por deficiencia física o mental?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>7</b> ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>8</b> ¿Tiene usted conocimiento si en su familia hay antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Familiar	Edad, si viven	Estado de salud / Causa de muerte	Edad al morir
Padre			
Madre			
Hermanos/as			
Nro. de vivos			
Nro. de muertos			

<b>9</b> ¿Conoce usted con certeza los valores de su tensión arterial? En caso afirmativo, consígnelos: Máxima: _____ Mínima: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>10</b> ¿Fue informado, alguna vez en los últimos diez (10) años, que presentaba cifras elevadas de tensión arterial o le fue prescrito algún tratamiento para la hipertensión arterial?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>11</b> a) Estatura: _____ cms.      b) Peso vestido: _____ kgs.	
<b>12</b> ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 12 meses? Subió _____ kgs. - Bajó: _____ kgs. Explique la causa en el punto 18	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>13</b> ¿Ha sido diagnosticado que tiene 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)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>14</b> ¿Tiene usted alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>15</b> ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual: hepatitis B, sífilis o SIDA?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>16</b> ¿Posee algún otro seguro de vida o de accidentes personales? En caso afirmativo indicar capital asegurado, compañía, n° de póliza y fecha de vigencia:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>17</b> SOLO PARA MUJERES	
a) ¿Padece o ha padecido en los últimos 10 años, enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas con respecto a ovarios, mamas, útero y otra operación urogenital?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) ¿Se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo, ¿de cuantos meses?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

