

**MUY IMPORTANTE:** Debe ser completado de puño y letra por el asegurado, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del art. 5º de la Ley de Seguros Nº 17.418 que dice: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicios 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** A - Nombres y Apellido: \_\_\_\_\_  
 B - Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 C - Tipo y N° de Documento de Identidad exhibido: \_\_\_\_\_  
 D - Domicilio: \_\_\_\_\_

**2 ANTECEDENTES DE LA FAMILIA**

	Edad Actual	Estado de salud. Si no fuera bueno, enfermedad que sufre.	Edad al morir	Causa de muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				

¿Tiene conocimiento si hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis? (indicar parentesco)

\_\_\_\_\_

- 3** A - ¿Hace Ud. vida sedentaria o realiza deportes?: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 B - ¿Practica o emplea Ud. la aviación?: \_\_\_\_\_ ¿En qué carácter?: \_\_\_\_\_  
 C - ¿Piensa Ud. tomar parte de carreras mecánicas?: \_\_\_\_\_  
 D - ¿Durante los últimos 10 años Ud. ha residido en el exterior?: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

- 4** A - ¿Consumo Ud. habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (cantidad diaria) \_\_\_\_\_  
 B - ¿Bebió Ud. en exceso en alguna época?: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto y con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_  
 C - ¿Interviene Ud. en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público?: \_\_\_\_\_  
 D - ¿Fuma Usted?: \_\_\_\_\_ (cantidad diaria de cigarrillos, pipa, etc.) \_\_\_\_\_  
 E - ¿Necesita o necesitó Ud. hacer uso de sedante? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivos?: \_\_\_\_\_

- 5** ¿Prestó Ud. servicio militar durante todo el período reglamentario?: \_\_\_\_\_ (en caso negativo indique las causas)
- \_\_\_\_\_

- 6** Estatura exacta: \_\_\_\_\_ Peso exacto: \_\_\_\_\_

- 7** A - ¿Ha sufrido Ud. en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias? (en caso afirmativo marque con una X):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago                | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                        |
| <input type="checkbox"/> Sudoración y/o fiebre nocturna persistentes | <input type="checkbox"/> Tos persistente/expectoraciones e/sangre | <input type="checkbox"/> Dolores Articulares                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas                 | <input type="checkbox"/> Depositiones con sangre                  | <input type="checkbox"/> Mareos persistentes                |
| <input type="checkbox"/> Cólicos intestinales                        | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales          | <input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones cardíacas |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma o fatiga respiratoria      | <input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre              |
| <input type="checkbox"/> Ronquera persistente            | <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas     | <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes o crónicas |
| <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados o hinchados | <input type="checkbox"/> Ictericia                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza              |

**B1** - ¿Padece o ha padecido Usted de alguna de las enfermedades abajo detalladas? (en caso afirmativo marque con una X)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos, de la garganta, de la nariz, de los oídos |
| <input type="checkbox"/> Embolias   | <input type="checkbox"/> Epilepsia   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Gota  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel  | <input type="checkbox"/> Parálisis   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de Hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos)           | <input type="checkbox"/> Pleuresía   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón   | <input type="checkbox"/> Reumatismo  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón o de la vejiga (cólicos, cálculos)              | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual                                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disentería) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
|   | <input type="checkbox"/> Tumores   |

**B2** - ¿De otras enfermedades no mencionadas anteriormente?: \_\_\_\_\_

**B3** - En caso de respuesta afirmativa en **B1** o **B2**, detallar:

Enfermedad sufrida	Año	Duración	Medio tratante

**8** A - ¿Le han realizado a Ud. radiografías, electrocardiogramas o análisis especiales en los últimos 6 meses?: \_\_\_\_\_

B - Indicar cifras de tensión arterial: Máxima: \_\_\_\_\_ Mínima : \_\_\_\_\_

C - ¿Se halla o estuvo sometido a régimen alimenticio?: \_\_\_\_\_ ¿Por qué causa?: \_\_\_\_\_  
¿Desde cuándo?: \_\_\_\_\_

D - ¿Varió su peso en su último año?: \_\_\_\_\_ Aumentó: \_\_\_\_\_ Disminuyó: \_\_\_\_\_

**9** A - ¿Ha sufrido Ud. algún accidente, herida u operación quirúrgica?: \_\_\_\_\_

B - ¿Se ha inyectado Ud. alguna vez drogas que no le fueran prescritas por un médico?: \_\_\_\_\_

C - ¿Adolece Ud. de algún defecto físico?: \_\_\_\_\_ (Cojera, amputaciones, etc.) \_\_\_\_\_

D - ¿Ha recibido Ud. alguna vez una transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos cinco años?: \_\_\_\_\_

E - ¿Ha sido rechazado Ud. alguna vez como donante de sangre?: \_\_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**10** A - ¿Según su conocimiento, posee alguna enfermedad?: \_\_\_\_\_

B - ¿Cambió Ud. de residencia o su profesión por problemas de salud?: \_\_\_\_\_

C - ¿Está Ud. en tratamiento médico?: \_\_\_\_\_

D - ¿Quién es su médico de consulta?: \_\_\_\_\_

¿De qué se atendió y cuando?: \_\_\_\_\_

E - ¿Autoriza Ud. a la compañía a solicitar informes acerca de su salud y los médicos que lo hayan asistido?: \_\_\_\_\_

F - ¿Releva Ud. del secreto profesional, en cuanto se relacione con el Seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en el futuro?: \_\_\_\_\_

G - ¿Ha solicitado últimamente algún Seguro de Vida que le haya sido rechazado o postergado, en qué Compañía?: \_\_\_\_\_

**11** A - ¿Se ha recomendado a Ud. practicarse un análisis de sangre en relación con el SIDA o una enfermedad relacionada al SIDA?:

B - ¿Ha consultado o está actualmente consultando Ud. a un médico a causa del SIDA o de sospecha de un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o se le ha tratado o se le está tratando a causa de tal síndrome?:

**12** CUANDO SE TRATE DE MUJER:

¿Sus embarazos y partos han sido normales?:

¿Está Ud. embarazada?: ¿De cuántos meses?: ¿Ha sido Ud. operada de la matriz, ovarios o senos?:

**13** A - ¿En qué empresa trabaja?:

B - ¿Tiene otros Seguros de Vida?: ¿De qué importe?:

**IMPORTANTE:**

La cobertura solicitada no entrará en vigor hasta tanto no sea recibida por la compañía aseguradora y acepte el riesgo.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_