

# Declaración Jurada de Salud

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

## 1. DATOS DEL ASEGURADO

N° de Póliza: - - - - -

Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  CUIL  Nro.: - - - - -

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: - - - - - Sexo: M  F 

Teléfono: ( ) - - - - -

Celular: ( ) - - - - -

E-mail: \_\_\_\_\_

## 2. DECLARACIÓN DE SALUD

1. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA AFECCIÓN QUE SE ENUNCIA A CONTINUACIÓN? EN CASO AFIRMATIVO, AMPLÍE CON DETALLE SU RESPUESTA EN EL CUADRO QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN:	
A. ¿TRASTORNOS CIRCULATORIOS O CARDÍACOS, EJ.: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, ARRITMIAS, DOLORES DE PECHO, SOPLOS CARDÍACOS, PALPITACIONES, FIEBRE REUMÁTICA, VARICES U OTROS?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
B. ¿TRASTORNOS RESPIRATORIOS, PROBLEMAS DE PULMÓN, EJ.: ASMA, NEUMONÍA, TOS PERSISTENTE, TUBERCULOSIS U OTRA AFECCIÓN DE LOS PULMONES?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
C. ¿PROBLEMAS DEL SISTEMA DIGESTIVO, VESÍCULA O HÍGADO, EJ.: ULCERA GÁSTRICA O DUODENAL, HEPATITIS, HERNIA DE HIATO, CÁLCULOS EN LA VESÍCULA U OTRAS ENFERMEDADES?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
D. ¿PROBLEMA O INFECCIÓN RENAL, VEJIGA U ÓRGANOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR, EJ.: SANGRE EN ORINA, CÁLCULOS RENALES, PRÓSTATA, ENFERMEDADES VENÉREAS U OTRAS?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
E. ¿PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES, TRANQUILIZANTES O DROGAS HECHAS POR RAZONES MÉDICAS O POR ALGÚN OTRO MOTIVO?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
F. ¿TRASTORNOS NERVIOSOS, MENTALES O NEUROLÓGICOS, EJ.: ACCESOS, EPILEPSIAS, JAQUECAS PERMANENTES, PARÁLISIS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN U OTROS?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
G. ¿TRASTORNOS EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA O PIEL, EJ.: PRESIÓN EN EL OJO, DESPRENDIMIENTO DE RETINA, AMIGDALITIS RECURRENTE, PORFIRIA, PSORIASIS O DERMATITIS U OTROS?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
H. ¿ALGÚN DESORDEN MUSCULAR, EN LOS HUESOS, ARTICULACIONES, ESPINA DORSAL, EJ.: REUMATISMO, FIEBRE REUMÁTICA, ARTRITIS, GOTA, DISLOCACIÓN DE DISCO U OTROS?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
I. ¿DIABETES, AZÚCAR EN LA ORINA, TRASTORNOS EN LA SANGRE O EN LOS VASOS SANGUÍNEOS, TIROIDES U OTRO PROBLEMA GLANDULAR?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
J. ¿NÓDULOS, TUMORES, LEUCEMIA O CÁNCER DE OTRO TIPO?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
K. ¿SUFRE O HA SUFRIDO ALGÚN IMPEDIMENTO FÍSICO, ENFERMEDAD O AFECCIÓN NO MENCIONADA ANTERIORMENTE?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
L. ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGÚN PROCEDIMIENTO, TRATAMIENTO O PRUEBA SANGUÍNEA EN RELACIÓN CON EL SIDA O ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO HEPATITIS B Y C?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
M. DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿HA ESTADO INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL, CLÍNICA, RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SOMETIDO A ALGUNA INVESTIGACIÓN INCLUYENDO E.C.G., RADIOGRAFÍAS O ALGÚN OTRO ESTUDIO (AUNQUE HAYAN SIDO NEGATIVOS) POR OTROS MOTIVOS DISTINTOS A GRIPE, RESFRÍO O PADECIMIENTOS MENORES?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
N. ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE O LE HAN REALIZADO ALGUNA BIOPSIA? ¿SABE SI OCURRIRÁ PRÓXIMAMENTE?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
O. ¿HA CONSULTADO MÉDICO O HA TENIDO MANIFESTACIONES EN SU SALUD POR LAS QUE HUBIERA DEBIDO CONSULTAR A UN MÉDICO O REALIZARSE ALGÚN EXAMEN DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
P. ¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>
Q. ¿HAY ALGÚN OTRO ANTECEDENTE EN SU SALUD QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY 25.326, SEGÚN DECRETO 1558/01, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN DEL ASEGURADO

Por favor complete y detalle en el siguiente cuadro las preguntas contestadas afirmativamente.

PREG.	AFECCIÓN	FECHA	APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	TRATAMIENTO	RESULTADO

2. ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNO DE SUS PADRES O HERMANOS DE DIABETES, CÁNCER, ACCIDENTE CARDIOVASCULAR, AFECCIONES CARDÍACAS O ALGUNA ENFERMEDAD HEREDITARIA ANTES DE LOS 60 AÑOS? SI  / NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE TABLA:

HISTORIA FAMILIAR	EDAD ACTUAL O EDAD AL FALLECER	SI SU SALUD NO ES BUENA O EN CASO DE HABER FALLECIDO, DAR UN BREVE RESUMEN DE SU ESTADO DE SALUD O DE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.
PADRES		
HERMANOS		

3. CONSTITUCIÓN Y HÁBITOS

ALTURA EN METROS	PESO EN KG.	TABACO FUMADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (POR DÍA)	BEBIDAS ALCOHÓLICAS (CANTIDAD Y TIPO POR SEMANA)	TENSIÓN ARTERIAL	
				MÍNIMO	MÁXIMO

4. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? POR FAVOR INDIQUE LA FECHA PREVISTA DEL PARTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SI  / NO

5. ¿HA VARIADO SU PESO MÁS DE UN 10% EN EL ÚLTIMO AÑO? EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE LA RAZÓN DE AUMENTO O DE LA DISMINUCIÓN: SI  / NO

6. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ ALGÚN TIPO DE SUGERENCIA PARA REDUCIR O DEJAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS O CONSUMO DE TABACO O VARIADO EL CONSUMO? EN CASO AFIRMATIVO DÉ DETALLES: SI  / NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿HAY ALGUNA OTRA CIRCUNSTANCIA, NO MENCIONADA ANTERIORMENTE, QUE PUEDA AFECTAR EL RIESGO DEL SEGURO SOBRE SU VIDA? EN CASO AFIRMATIVO DÉ DETALLES: SI  / NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿LE HA SIDO RECHAZADA ALGUNA COBERTURA U OFRECIDA EN CONDICIONES ESPECIALES, POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, RAZÓN Y FECHA: SI  / NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿HA RECLAMADO O RECIBIDO INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD GRAVE O INVALIDEZ? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR COMPAÑÍA, NATURALEZA Y FECHA DE RECLAMO: SI  / NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACLARACIONES SOBRE LAS PREGUNTAS:

DECLARO SABER QUE TODA DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS POR MI CONOCIDAS, AÚN HECHAS DE BUENA FE HACEN NULO EL CONTRATO (ART. 5 DE LA LEY DE SEGURO N° 17.418) Y HABILITA A LA COMPAÑÍA A EFECTUAR LAS ACCIONES LEGALES QUE CORRESPONDAN.

AUTORIZO FORMALMENTE A LOS MÉDICO DE LA COMPAÑÍA PUEDA CONSULTAR EN RELACIÓN CON EL PRESENTE SEGURO, A FACILITARLE EN FORMA CONFIDENCIAL TODAS LAS INFORMACIONES QUE ESTE LES PIDA.

FECHA	LUGAR
FIRMA DEL ASEGURADO:	ACLARACIÓN DEL ASEGURADO: