

Declaración de Salud Ampliada

Vida Colectivo



Frente

Contratante/Solicitante: _____
 Póliza N°: _____ Vigencia: _____
 Apellido y Nombres Completos del asegurable: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfonos: _____
 Tipo y Número de Documento: _____ Ocupación: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
 Capital Asegurado: _____

Residencia actual: _____
 En los últimos dos años: _____
 Profesión y ocupación principal: _____
 ¿Desde cuándo?: _____
 ¿Simultáneamente desempeña Ud. alguna otra?: _____
 Ocupaciones anteriores: _____
 Estatura (calzado): _____ Peso (vestido): _____
 Presión arterial: _____ Mínima: _____ Máxima: _____

Antecedentes de familia

| | Edad | Estado de salud / Enfermedad que sufre | Edad al Morir | Causa de la muerte |
|----------|-------|--|---------------|--------------------|
| Padre | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Madre | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Hermanos | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Cónyuge | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Hijos | _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis? (especificar) _____

¿Ha convivido en el último año con algún tuberculoso? _____

¿Realiza deportes? ¿Cuáles? _____

¿Practica o emplea la aviación? ¿En qué carácter? _____

¿Piensa tomar parte en carreras mecánicas? _____

¿Consume habitualmente vino, cerveza, licores y otras bebidas alcohólicas? (indicar cantidad diaria) _____

¿Bebió con exceso en alguna época? ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Interviene en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público? _____

¿Fuma? (cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc.) _____

¿Necesita o necesitó Ud. hacer uso de sedantes? ¿Cuál? ¿Por qué? _____

¿Ha residido durante los últimos 10 años o piensa residir en el exterior? ¿Dónde? _____

¿Prestó Ud. el servicio militar durante el tiempo reglamentario? (en caso negativo, indicar las causas) _____

¿Ha sufrido en el pasado o sufre de alguna de las siguientes molestias?

| | SI | NO | | SI | NO |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Acidez o dolores del estómago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatiga respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ganglios inflamados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cólicos intestinales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemorroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chancros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deposiciones con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos intensos o frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ronquera persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarreas frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Temblores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos o expectoración abundante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores articulares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos nerviosos o mentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos visuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de oído frecuentes o agudos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Várices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vómitos de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? (especificar cuál, en qué año, duración y médicos tratantes)
 anemia, apendicitis, apoplejía, brucelosis, diabetes, enfermedades de la piel, enfermedades del hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos), enfermedades del corazón, enfermedades del riñón o la vejiga (cólicos, cálculos), enfermedades del estómago o intestino (dispepsia, úlcera, disenteria), enfermedades de los ojos, garganta, nariz, oídos, epilepsia, erisipela, escarlatina, gota, paludismo, parálisis, pleuresía, reumatismo, sífilis, tuberculosis, tumores, enfermedades infecciosas, HIV _____

¿De otras enfermedades no mencionadas arriba?

¿Le hicieron a Ud. alguno de los siguientes análisis?

| | SI | NO | Cuándo | Por qué causa | Resultado |
|---|--------------------------|--------------------------|--------|---------------|-----------|
| Análisis de orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Análisis de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Análisis de esputos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Análisis de líquido cefalorraquídeo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Le fue tomada la presión sanguínea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Qué cifras le indicaron? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Le han realizado radiografías o electrocardiogramas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Está o estuvo sometido a regímenes alimenticios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Desde cuando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Aumentó o disminuyó de peso en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| ¿Cuánto? ¿P or qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |

¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica? _____

¿En qué consistió? _____ Fecha _____ Consecuencias _____

Médico que lo atendió _____

¿Estuvo internado en algún hospital, sanatorio, asilo o estación climática? _____

¿Cuándo? ¿Dónde? _____

¿Cambió su residencia o su profesión por razones de salud? _____

¿Actualmente se considera Ud. sano? _____ ¿Está bajo tratamiento médico? _____

¿Quién es su médico de consulta? _____

¿De qué lo ha atendido y cuándo? _____

¿Fue examinado antes para su seguro de vida? ¿Cuándo y para qué compañía? _____

¿Le fue modificado el plan o el costo del seguro solicitado? _____

¿Le fue postergada o rechazada alguna solicitud? _____

¿Tiene Ud. en trámite alguna otra solicitud de seguro? _____

¿El seguro que Ud. solicita ahora, está destinado a reemplazar algún otro en vigor o caduco? _____

¿Posee Ud. algún seguro de vida sin examen médico? _____

¿En qué compañía? _____

¿Desde cuándo? _____

Completar sólo si el asegurable es mujer

¿Sus embarazos y par tos han sido normales? _____

¿Está embarazada? _____ ¿De cuántos meses? _____

¿Ha padecido otras enfermedades propias de la mujer? (detallar fechas y tratamientos) _____

Designación de Beneficiarios

| Apellidos y Nombres Completos | Tipo y N° de Doc. | Vínculo | Edad | Participación (%) |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Declaro que he leído todas las contestaciones cosignadas en este formulario y las considero verídicas, precisas y completas. Au o examinado a que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conozcan sobre mi salud o las enfer medas padecidas por mí y a realizar los exámenes médicos y/o prácticas (incluyendo búsqueda del virus del SI DA si fuese necesario) en cuanto se relacione con el seguro solicita do.

El Ar t. 5 de la Ley de Seguros N° 1 7.418 establece que toda declaración falsa o toda retinencia de circunstancias conocidas por hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del ri

torizo, con relación al seguro, a los médicos que me han asistido medas padecidas por mí y a realizar los exámenes do.

el asegurable aún hechas de buena fé, que a juicio de peritos esgo, hace nulo el contrato.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurable

Sello y Firma del Contratante

Aclaración de Firma _____