

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, insanía, 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? _____

¿Consumo 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"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/>
Cólicos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de piernas	<input type="checkbox"/>
Chancros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>
Deposiciones con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos intensos o frecuentes	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera persistente	<input type="checkbox"/>
Diarreas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblores	<input type="checkbox"/>
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos o expectoración abundante	<input type="checkbox"/>
Dolores articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos visuales	<input type="checkbox"/>
Dolores de oído frecuentes o agudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Váricos	<input type="checkbox"/>
Exemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos de sangre	<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, disentería), 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 cuándo?	<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 partos 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. Autorizo, con relación al seguro, a los médicos que me han asistido o examinado a que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conoczan sobre mi salud o las enfermedades y/o prácticas (incluyendo búsqueda del virus del SIDA si fuese necesario) en cuanto se relacione con el seguro solicitado.

El Art. 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda retención de circunstancias conocidas por el asegurable aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos esgo, hace nulo el contrato.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurable

Aclaración de Firma _____

Sello y Firma del Contratante