

Declaración de Salud Simple

Vida Colectivo



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

Indique Cifras de Presión Arterial: _____ max. _____ min. _____
 Altura y Peso: _____ mts. _____ kgs.
 Tabaco Fumado en los últimos 12 meses (por día) _____
 Consume Bebidas Alcohólicas (cantidad y tipo por semana) _____

	SI	NO
• ¿Se considera en perfecto estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• En caso de respuestas afirmativas, por favor detallar observaciones, diagnósticos, tratamientos y estado actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Padece de alguna anomalía o trastorno de tipo psíquico o físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido algún accidente por el cual haya requerido tratamiento médico, cirugía y/u hospitalización o ha sido sometido a alguna investigación, radiografía o ha algún otro estudio durante los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Le ha sido rechazado u ofrecido algún seguro con recargos médicos o extraprimas por actividad en alguna Cía., de Seguros de Vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Ha sido sometido a algún procedimiento, tratamiento o prueba sanguínea en relación con el SIDA o alguna enfermedad de transmisión sexual incluyendo hepatitis B o C? ¿Se ha sometido alguna vez algún tratamiento basado en hemoderivados? ¿Le ha practicado alguna vez alguna transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Ha sufrido alguna vez afección o cualquier trastorno de los aparatos nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario o de los huesos o articulaciones, ojos, nariz o boca u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Ha fallecido o padecido alguien en su familia (padres naturales, hermanos) de una enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, apoplejía, tuberculosis o enajenación mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Sigue actualmente algún tipo de medicación? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Designación de Beneficiarios

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

Declaro que he leído todas las contestaciones condignadas en este formulario y las considero verídicas, precisas y completas. Autorizo con relación al seguro, a los médicos que me han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que posean o informes que conozcan sobre mi salud o las enfermedades padecidas por mí y a realizar los exámenes médicos y/o prácticas (incluyendo búsqueda del virus del SIDA si fuese necesario) en cuanto se relacione con el seguro solicitado. La aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un asegurado y/o cónyuge asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente a la fecha de vigencia inicial de su incorporación a la póliza que le produjera directa o indirectamente la muerte. Se entiende por enfermedad preexistente la que el asegurado y/o cónyuge asegurado padeciere desde antes de su fecha de incorporación a la póliza. Dicha enfermedad será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulte desencadenante del proceso de fallecimiento, fuere base del mismo tuviese conexión principal con él. El Art. 5 de la ley de Seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurable aún hechas de buena fé, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Solicitante

Sello y Firma del Contratante

Aclaración de Firma: _____