

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: _____ C.U.I.T. / C.U.I.P.Nº: _____

Se ruega al proponente que conteste legiblemente a todas las preguntas y las amplíe lo más posible.

DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR

Apellido y nombres: _____ C.U.I.L.Nº: _____

Estado civil: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Capital Asegurado: _____ Tipo y nº de Documento: _____

DOMICILIO

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto/Ofic: _____

Provincia: _____ Partido: _____ Localidad: _____

Declaro Bajo Juramento: Peso (kg): _____ Estatura (cm): _____

PREGUNTAS

1. A. ¿Consumo usted bebidas alcohólicas? SÍ NO ¿Cuáles?, ¿Cuántas diariamente? _____
- B. ¿Fuma usted? SÍ NO Cigarrillos Puros Pipa ¿Cantidad diaria? _____
- C. ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes? SÍ NO ¿Cuáles?, ¿Hasta cuándo? _____

2. A. ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente? SÍ NO ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
- B. ¿Le han prescrito en los últimos 5 años medicación para el corazón, circulación, hipertensión, anticoagulantes, antibióticos, insulina, hormonas, derivados de cortisona, inyecciones? SÍ NO ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuáles? _____
- C. ¿Le han prescrito en los últimos 5 años una cura de reposo, desintoxicación, cura dietética, o algún otro tipo? SÍ NO ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
Motivo _____
- D. ¿Ha recibido alguna transfusión? SÍ NO ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

3. ¿Ha sido sometido a algún examen radiológico en los últimos 5 años? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____

4. ¿Le han hecho o recomendado alguna vez: SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- A. un electrocardiograma? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- B. un electroencefalograma? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- C. un análisis de sangre? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- D. un test de HIV? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- E. una ecografía? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____
- F. un estudio de isotopos radiactivos? SÍ NO ¿Cuándo? _____ Resultados: _____

5. A. Ha estado Ud. dado de baja mas de 15 días, en los últimos 5 años SÍ NO Duración: _____ Motivo: _____
- B. Durante más de 3 semanas consecutivas? SÍ NO Motivo: _____

6. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario? ¿Cuáles? _____

7. ¿Tiene Usted o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes?

- | | |
|---|---|
| A. Afecciones de los órganos respiratorios, ¿ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| B. Afecciones del aparato circulatorio: ¿infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| C. Afecciones del cerebro o del sistema nervioso: ¿dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| D. Afecciones del aparato digestivo: trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fístula de recto, diarrea crónica? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| E. Enfermedad de los oídos? ¿Supuración? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| F. Enfermedad de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| G. Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciático? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| H. Enfermedades de la piel? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| I. Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| J. Afecciones urinarias o de los órganos genitales: enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| K. Presencia en la orina de albumina, azúcar, sangre, pus o arenillas? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| L. Enfermedades venéreas o sexualmente transmisibles? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| M. Enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, meningitis, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, infecciones VIH tales como SIDA y enfermedades asociadas o tropicales, (malaria, etc.)? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| N. Enfermedades o trastornos no citados anteriormente, por ejemplo enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| O. Para las personas del sexo femenino: ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, mamas, etc.)? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

8. ¿Ha sido usted sometido en los últimos 10 años a:

- | | |
|--|---|
| A. Alguna intervención quirúrgica? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| B. Ha sido Ud. Tratado por un psiquiatra, psicólogo o un fisioterapeuta? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Se ruega al proponente que conteste legiblemente a todas las preguntas y las amplíe lo más posible. Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del apartado 7. A. :

Especifique detalles ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?

Nombre y dirección del médico tratante

9. ¿Quién es su médico de cabecera?

10. ¿Quién es el médico que la ha tratado por última vez? ¿Cuándo? ¿Y por qué?

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada. Autorizo a los médicos y a todas las personas consultadas por la Compañía a darle a ésta o a su servicio médico las informaciones solicitadas.

Firma de la persona a asegurar

Aclaración

Fecha