

Ley 17.418, Artículo 5º: “Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato”. La presente Declaración debe ser llenada a puño y letra del solicitante. Todas las preguntas deberán ser respondidas para una correcta evaluación del riesgo.

## DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_ C.U.I.T. / C.U.I.P Nº: \_\_\_\_\_

## 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): \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ Estatura (cm): \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS

1. ¿Ha sufrido en los últimos 10 años alguna enfermedad con duración mayor a los 15 días?      Sí  NO

En caso de respuesta afirmativa, indicar: Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Secuelas: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido un accidente u operación quirúrgica con duración mayor a los 15 días?      Sí  NO

En caso de respuesta afirmativa, indicar: Causas: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Secuelas: \_\_\_\_\_

3. ¿Padece alguna discapacidad funcional en algún miembro de la cual posea conocimiento?      Sí  NO

En caso de respuesta afirmativa, indicar cuál: \_\_\_\_\_

4. ¿Sufre usted actualmente alguna enfermedad y/o se encuentra bajo algún tratamiento médico?      Sí  NO

En caso de respuesta afirmativa, indicar cuál: \_\_\_\_\_

5. ¿ Practica usted actualmente algún deporte de riesgo?      Sí  NO

En caso de respuesta afirmativa, indicar cuál: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Declaro conocer y aceptar las Condiciones Particulares y Generales del Contrato de Seguro que solicito, como asimismo el alcance del artículo 5º de la Ley de Seguros Nº 14.418, asumiendo en consecuencia la responsabilidad por la exactitud de los datos consignados en la presente. Galeno Seguros S.A. se reserva el derecho de solicitar ampliación de las respuestas consignadas afirmativas antes de emitir el Certificado Individual del Seguro, momento a partir del cual la solicitud será considerada aceptada.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona a asegurar

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Fecha