



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO Declaración Jurada de Salud del Solicitante

NOTA: Llénese la solicitud sin enmiendas ni raspaduras. Cualquier omisión o falta de claridad impedirán la emisión de la póliza.

1º) DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos
Lugar y fecha de nacimiento
Tipo y N° de Documento de Identidad
Domicilio

2º) ANTECEDENTES FAMILIARES

	Edad Actual	Estado de salud. Si tuviera conocimiento, enfermedad que sufre.	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				
Cónyuge				
Hijos				

3º) CUESTIONARIO

1. A su entender, tiene usted conocimiento que hubiera en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis (indicar parentesco)?.....

- Hace Ud. vida sedentaria?..... O realiza Ud. deportes?..... Cuáles?.....
- Práctica o emplea Ud. la aviación?..... En que carácter?.....
- Piensa Ud. tomar parte en carreras mecánicas?.....
- Durante los últimos 10 años ha residido Ud. en el exterior?..... Donde?.....
- Consume Ud. habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas?.....
Cantidad diaria
- Bebió Ud. en exceso en alguna época?..... Cuánto y con qué frecuencia?.....
- Interviene Ud. en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público?.....
- Fuma Ud.?..... (cantidad diaria de cigarrillos, pipas, etc.).....
- Necesita o necesitó Ud. hacer uso de sedantes? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.).....
Por que motivos?.....
- Prestó Ud. servicio militar durante todo el período reglamentario?.....
En caso negativo indique las causas.....
- Estatura exacta..... Peso exacto (vestido).....
- A su entender, ha sufrido Ud. en los últimos 6 meses o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias en forma grave o regular? (en caso afirmativo marque con una cruz):

Acidez o dolores de estómago

Dolores de cabeza o mareos persistentes

Diarreas frecuentes o crónicas

Asma o fatiga respiratoria

Opresión o palpitaciones cardíacas

Sudoración y/o fiebre nocturna persistentes

- Cólicos intestinales Enfermedades dermatológicas Ronquera persistente
- Convulsiones o temblores Ganglios inflamados o hinchados Sangre en la orina
- Deposiciones con sangre/vómitos de sangre Hinchazón de piernas Tos persistente/expectoraciones con sangre
- Desmayos Ictericia Trastornos nerviosos o mentales
- Dolores articulares Hepatitis B, ulceraciones/secreciones genitales Enfermedades de transmisión sexual

13. Tiene conocimiento si padece o ha padecido – en los últimos 10 años – alguna de las enfermedades abajo detalladas? y de otras enfermedades no mencionadas consideradas de gravedad?

- anemia enfermedades del corazón enfermedades de la nariz pleuresía
- embolias enfermedades del riñón o de la vejiga (cólicos, cálculos) enfermedades de los oídos reumatismo
- diabetes enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disentería) epilepsia enfermedades de transmisión sexual
- enfermedades de la piel enfermedades de los ojos gota tuberculosis
- enfermedades del hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculo) enfermedades de la garganta parálisis tumores

Enfermedad sufrida	Fecha	Duración	Médico tratante

14. Le han realizado a Ud. en los últimos 6 meses radiografías, electrocardiogramas o análisis especiales?.....
15. Indicar cifras de tensión arterial: Máxima.....Mínima.....
16. Se halla o estuvo Ud. sometido a régimen alimenticio?.....
 Porque causa? Desde cuando?.....
17. Varió su peso considerablemente en el último año? Aumentó..... Disminuyó.....
18. Ha sufrido Ud. algún accidente, herida u operación quirúrgica?.....
19. Se ha inyectado Ud. alguna vez drogas que no le fueran prescritas por un médico?.....
20. Estuvo Ud. internado en algún hospital, sanatorio, asilo?.....
 Cuándo, dónde o por qué?.....
21. Adolece Ud. de algún defecto físico? (cojera, amputaciones, etc.).....
22. Ha recibido Ud. alguna vez una transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos 5 años?.....
23. Ha sido rechazado Ud. alguna vez como donante de sangre?.....
 Por qué?.....
24. Cambió Ud. de residencia o su profesión por razones de salud?.....
25. Está Ud. en tratamiento médico?.....
26. Quién es su médico de consulta?.....
 De qué lo ha atendido y cuando?.....
27. Autoriza Ud. a la Compañía a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le hayan asistido?.....
28. Releva Ud. del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en el futuro?.....
29. Ha solicitado Ud. últimamente algún Seguro de Vida o Invalidez que le haya sido rechazado o postergado?..... en que Compañía?.....
30. Se ha recomendado a Ud. alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación al SIDA o de sospecha de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o se le ha tratado o se le está tratando a causa de tal síndrome?.....
31. En que empresa trabaja?.....
32. Tiene algún Seguro de Vida o Invalidez?..... de qué importe?.....

CUANDO SE TRATE DE MUJER

33. Sus embarazos y partos han sido normales?.....
34. Está Ud. embarazada?..... De cuántos meses?.....
35. Ha sido Ud. operada de la matriz, ovarios o senos?.....

NOTA IMPORTANTE: la cobertura solicitada no entrará en vigor hasta tanto esta Declaración Jurada de Salud no sea recibida por la Compañía Aseguradora y acepte el riesgo.

Art. 5° Ley de Seguros: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Firma del Solicitante:

Aclaración:

Lugar y fecha: