

**Solicitud de seguro de vida / Declaración de salud del solicitante**

Será llenado de puño y letra por el solicitante

Póliza N°		Contratante	
Yo, Nombre completo del solicitante			
Calle			
Número de puerta	Piso	Departamento	
Localidad		Provincia	Código Postal
Teléfono		Fax	
E-mail			
Documento Tipo y N°		Fecha de Nacimiento	
Profesión u ocupación			
SOLICITO LA COBERTURA DE UN SEGURO DE VIDA POR \$/U\$s			
C.U.I.T.			
Posición ante el I.V.A.	<input type="checkbox"/> Inscripto	<input type="checkbox"/> No Categorizado	<input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/> Exento
Número de Ingresos Brutos	Convenio	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Multilateral <input type="checkbox"/> Exento

Declaración de salud

A los efectos del Seguro de Vida y como bases del mismo, contesto las siguientes preguntas:

- 1) Peso (Kg): Estatura (Mts.):
- 2) Se considera en buen estado de salud? (XX) Sí No
- 3) Actualmente Ud. concurre en forma diaria a sus tareas habituales? (XX) Sí No
- 4) Sufrió Ud. algún accidente. Le dejó secuelas? Sí No
- 5) Sufrió Ud. alguna intervención quirúrgica? ¿Por qué motivo? (X) Sí No
- 6) Antecedentes alérgicos: Ud. es alérgico (medicamentos, comidas, químicos, etc.) (X) Sí No
- 7) En el transcurso de los últimos cinco años:
- a) A estado internado en algún centro asistencial? (X) Sí No
- b) Se le ha aconsejado alguna prueba, diagnóstico, hospitalización o cirugía que todavía no haya realizado? (X) Sí No
- 8) Ha sufrido o sufre actualmente de alguna de las siguientes afecciones:
- a) Alguna enfermedad de tratamiento prolongado y que haya requerido estudios complementarios? (X) Sí No
- b) Meningitis, mareos, pérdida de la conciencia, pérdida de la fuerza muscular, trastornos visuales y/o auditivos, trastornos en la marcha, convulsiones, epilepsia, cefaleas intensas que no ceden con analgésicos comunes, jaqueca o cualquier trastorno psíquico o del sistema nervioso? (X) Sí No
- c) Asma, bronquitis, neumonía, tuberculosis o cualquier otra afección pulmonar? (X) Sí No
- d) Disnea (falta de aire), palpitaciones, várices, edemas, dolor precordial, presión arterial elevada, fiebre reumática, arritmias, problemas valvulares? (X) Sí No
- e) Acidez, úlcera gástrica o duodenal, diarrea crónica o recurrente, constipación prolongada, divertículos, pólipos, colon irritable, pancreatitis, cualquier otro padecimiento estomacal o intestinal? (X) Sí No
- f) Diabetes, hepatitis (tipo), problemas en vesícula, nódulos tiroideos, tiroiditis, hipo o hipertiroidismo. Sí No
- g) Cualquier afección renal: infecciones urinarias a repetición, cálculos renales, insuficiencia renal, afecciones de la vejiga, próstata o del sistema urinario? (X) Sí No
- h) Artritis, gota o cualquier padecimiento de los huesos o articulaciones? (X) Sí No
- i) Cáncer, tumor o afección sanguínea? (X) Sí No
- j) Fiebre recurrente o persistente sin explicación alguna, pérdida de peso o cualquier afección cutánea, nódulos linfáticos agrandados? (X) Sí No
- k) HIV, SIDA? (X) Sí No
- l) Trastornos auditivos, otitis a repetición, trastornos visuales, usa anteojos? ¿Por qué diagnóstico? Sí No
- m) Enfermedades parasitarias, como por ejemplo Paludismo, Chagas, Brucelosis, etc.? Sí No
- n) Cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionadas anteriormente? (X) Sí No
- 9) Actualmente toma algún medicamento? ¿Cuáles y con qué frecuencia? (X) Sí No
- 10) Ha muerto o padecido en su familia (padres, hermanos) de alguna enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, accidente cerebro vascular, tuberculosis, o enajenación mental **antes de los 60 años**? (X) Sí No
- 11) Ha fumado Ud. en los últimos tres años? En caso afirmativo indique cantidad diaria. Sí No
- 12) Consume bebidas alcohólicas en exceso, o drogas?. En caso afirmativo, especificar. Sí No

13) Le ha sido rechazada, aplazada o aceptada en condiciones especiales cualquier solicitud que haya presentado para un seguro de vida? (X) Sí No

14) Indique si tiene seguros en vigor, en qué compañías, incluyendo La Holando, y por qué sumas y/o si ha programado la presentación de solicitudes de seguros de vida en otra compañía? (X) Sí No

15) Indique Obra Social o Prepaga, y número de afiliado. (X)

16) Datos del médico de consulta: Nombre y Apellido:

Dirección: Tel.:

(X) Si contesta que SI, dar mayor detalles en Items 17. (XX) Si contesta que NO, dar más detalles en Items 17.

17) Información adicional:

N° de Pregunta:	Detalles

Lev 17.418 - Art. 5 "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado aún hechas de buena fe, que a juicio del peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Con relación al presente Seguro, relevo del secreto profesional a los médicos que me hayan asistido o examinen en el futuro para que puedan aportar al Asegurador los datos que posean, o informes que conozcan sobre mi salud o enfermedad.

Declaración Jurada: "Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son fidedignos y responden a la verdad, comprometiéndome a notificar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier modificación que se produjera en relación a los mismos".

Además declaro conocer que la falta de respuesta o aceptación por parte del Asegurador a la presente propuesta se debe considerar como rechazo de la misma.

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado

En primer término: Nombres y Apellidos completos	Porcentaje	Fecha de Nacim.	Tipo y N° del Documento	Parentesco*

En segundo término: Nombres y Apellidos completos	Porcentaje	Fecha de Nacim.	Tipo y N° del Documento	Parentesco*

Observaciones: * Si no es familiar directo, indique cual es el objeto del seguro

IMPORTANTE:

No completar cuando el pago de la prima este a cargo de una empresa o de un contratante

Forma de pago

Efectivo Descuento de haberes Tarj.de credito: solicitar formulario C.B.U. Solicitar formulario

Periodicidad de pago

Mensual Trimestral Semestral Anual

Valor de la prima según la frecuencia de pago elegida

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración del Productor

Firma y Sello del Contratante

Firma del Solicitante

Código N°