

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

CUESTIONARIO DE SALUD

Solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros (CUIT N° 30-68082752-0) la emisión de la Póliza de Seguro de Vida, con el objeto de asegurar de acuerdo con las condiciones de la misma, a todas las personas humanas detalladas posteriormente, que cumplan los requisitos de edad y asegurabilidad exigidos por la Compañía.

Ley N° 17.418 – Artículo 5º (primera parte) – “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”.

Reconozco y acepto que la presente Solicitud presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección necesarios para el otorgamiento de la cobertura. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador ni al asegurado, según el Art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.”

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega escribir los nombres y apellidos completos y con la mayor claridad posible, preferentemente en letra de imprenta, así como especificar en forma precisa la profesión u ocupación del Solicitante, y responder a todas las preguntas contenidas en la presente Solicitud.

DATOS DEL TOMADOR

Lea atentamente las preguntas y conteste sin omitir respuesta marcando con una X según corresponda.

Luego usted podrá firmar al pie de la declaración.

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____

PREGUNTAS	SI	NO
¿Tiene trastornos en la visión?		
¿Se encuentra actualmente sin trabajo?		
¿Fue usted exceptuado del servicio militar?		
¿Está actualmente embarazada?		
¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico?		
Durante los 2 últimos años, ¿consultó o debió ser hospitalizado por más de 10 días?		
¿Fue usted sometido a una intervención quirúrgica de gravedad?		
¿Fue usted sometido a un tratamiento de radioterapia?		
¿Fue usted sometido a un tratamiento de quimioterapia?		
¿Ha recibido una transfusión sanguínea por algún motivo?		
¿Padece o padeció en los últimos dos años Enfermedades del sistema nervioso/depresión?		
¿Tiene conocimiento de ser HIV positivo?		
¿Padece trastornos cardíacos, vasculares o broncopulmonares?		
¿Padece enfermedades óseas, articulares o reumáticas?		
¿Padece enfermedades digestivas, renales o sanguíneas?		
¿Fue diagnosticado con Hepatitis virósica (excluyendo la hepatitis A)?		
¿Fue diagnosticado con Hipertensión arterial?		
¿Padece alguna enfermedad crónica?		
¿Padece alguna incapacidad?		
¿Tiene conocimiento de padecer cáncer u otra enfermedad invasiva?		
¿Padece trastornos metabólicos (diabetes/colesterol/triglicérido)?		
¿Padece sífilis o alguna enfermedad infectocontagiosa?		
¿Ha sido diagnosticado con Insuficiencia renal, ACV o alguna enfermedad terminal?		

Amplie cualquier respuesta afirmativa:

Declaro haber leído y comprendido cada una de las preguntas formuladas y respondido en forma completa y sincera. Certifico no haber ocultado nada que pueda influir a Beneficio S.A Compañía de Seguros, en la correcta apreciación del riesgo y relevo del secreto profesional a los médicos que me han asistido.

PRODUCTOR

Firma: _____

Nombre: _____

Código: _____

Fecha

Firma y aclaración del asegurado