

Nombre del Contratante:	<input type="text"/>	N° de CUIT:	<input type="text"/>	Póliza:	<input type="text"/>
Nombre y Apellido:	<input type="text"/>			Tipo y N° de Documento:	<input type="text"/>
Solicitud:	<input type="text"/>	Importe del Prestamo \$	<input type="text"/>	Plazo en Meses:	<input type="text"/>

**PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE**

La presente Declaración Jurada de Salud, deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, previa lectura del Artículo N° 5 de la Ley de Seguros N° 17.418, el cual refiere que : Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Solicitante, aun 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.

A su saber y entender usted ¿padece, padeció o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias); psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares; gota, cáncer, tumores, diabetes y/o alguna otra afección no mencionada y que considere declarar?

SI  NO Detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El contratante declara bajo juramento que las respuestas son completas y verdaderas.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma del Solicitante