

Nombre del Contratante: <input style="width:95%;" type="text"/>	N° de CUIT: <input style="width:95%;" type="text"/>	Póliza: <input style="width:95%;" type="text"/>
Nombre y Apellido: <input style="width:95%;" type="text"/>	Tipo y N° de Documento: <input style="width:95%;" type="text"/>	

La presente declaración deberá ser completada de PUÑO y LETRA por el Solicitante. Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, 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. (Art. 5 Ley 17.418)

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.

Peso: _____ Kg. Estatura: _____ Mts. ¿Es usted zurdo? No Sí

Presión Arterial (Si la conoce) Máxima: _____ Mínima: _____ Si no la conoce, marque con una X:

Obra Social o Medicina Prepaga: _____ Nro. de Afiliado: _____

En caso de respuestas afirmativas, por favor amplíe y especifique las mismas en el renglón correspondiente.

1- ¿Adolece usted de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad? ¿Sufrió algún accidente y/o intervención quirúrgica en los últimos 10 años?

No Sí Amplíe: _____

2- ¿Padece, padeció o ha recibido, en los últimos 10 años, algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertension arterial, infartos, angina de pecho, arritmias, etc), psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares, y/o alguna otra afección de importancia hasta la fecha? ¿Padece o padeció de diabetes, gota, cáncer, tumores, el complejo de enfermedades derivadas del SIDA o exámenes con resultados positivos del virus HIV, y/o alguna enfermedad infectocontagiosa?

No Sí Amplíe: _____

3- ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o psiquiátrico por algún motivo o ingiere en forma habitual alguna medicación?

No Sí Amplíe: _____

4- En caso de ser mujer: ¿Ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos, o enfermedades propias de la mujer?

No Sí Amplíe: _____

¿Esta ud embarazada? Sí No

¿Tiene problemas de gestación? Sí No Amplíe: _____

5- ¿Posee algún seguro de vida? En caso afirmativo, indicar la Compañía y el monto.

No Sí Amplíe: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Solicitante.

Firma y Aclaración del Asesor

Legajo _____