

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Nombre del Contratante: _____ | N° de CUIT: _____ | Póliza: _____ |
| Nombre y Apellido: _____ | Tipo y N° de Documento: _____ | |

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)

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.

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

1- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas?

No Sí En caso Afirmativo, detallar cantidad diaria: _____

2- ¿Usted fuma?

No Sí En caso Afirmativo, detallar cantidad diaria: _____

3- ¿Tiene Usted alguna razón para pensar que su salud no es buena?

No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

4- ¿Usted adolece de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad?

No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

5- ¿Ha sufrido algún accidente, intervención quirúrgica y/u hospitalización en los últimos diez años?

No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

6- ¿Usted padece, padeció o ha recibido algún tratamiento ,en los últimos 10 años,por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, Infartos, angina de pecho, arritmias,etc.), psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares y/o alguna otra afección de importancia hasta la fecha?

No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

7- ¿Esta en tratamiento médico y/o psiquiátrico actualmente por algun motivo o ingiere alguna medicación en forma habitual?

No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

8- ¿Posee algún Seguro de Vida?

No Sí En caso Afirmativo, ¿en que Compañía y por que monto? _____

9- Si ud. es mujer: ¿Ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos o enfermedades propias de la mujer?

No Sí En caso Afirmativo, amplie: _____

10- Si Ud esta embarazada:

a) ¿De cuantos meses se encuentra? _____

b) ¿Tiene problemas de la gestación? No Sí En caso Afirmativo, detallar diagnostico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Solicitante.

Firma y aclaración del Asesor

Legajo