RCI SEGUROS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE SALDOS DEUDORES

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Apellidos y Nombres: ……
Sexo: ……
Fecha de nacimiento: ……
Tipo y Nº de Documento: ……
Domicilio: ……
Localidad: …….. Provincia: …… C. Postal: ……..
Teléfono de Contacto: ……
Póliza Nro: ……..

¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente? **(Completar con Si o NO):**

a) Enfermedades del sistema nervioso SI / NO
Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis, ataques o enfermedades de la cabeza o sistema nervioso?

b) Enfermedades del sistema respiratorio SI / NO
Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o enfermedades de los pulmones o sistema respiratorio?

c) Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio SI / NO
Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas o enfermedades del corazón o sistema circulatorio?

d) Enfermedades del sistema digestivo e intestinal SI / NO
Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o enfermedades en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo?

e) Enfermedades renales SI / NO
Nefritis, cálculo en el riñón, o enfermedades de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina?

f) Enfermedades óseas o musculares SI / NO
Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o enfermedades relacionadas con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades?

g) Enfermedades de la sangre SI / NO
Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o enfermedades de la sangre?

h) Procesos cancerosos SI / NO
¿Cáncer, quistes malignos o tumores?

i) Otras enfermedades SI / NO

- Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o enfermedades de las glándulas endocrinas?
- Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?
- Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta?
- El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA?

j) Datos adicionales

Sufre de *Arteroesclerosis*? **SI / NO**
Sufre de *Hipertensión Arterial*?: **SI / NO**
Cuáles son sus cifras de tensión arterial?: Máxima: ……. Mínima: …….
Indique tratamiento actual: ……

RCI SEGUROS

Es Ud. *Fumador*? SI / NO
Cuántos cigarrillos fuma al día? Desde hace cuántos años?.....
Si dejó, cuántos cigarrillos por día fumaba y durante cuántos años? .....
Indique tratamiento actual: .....

¿Está o estuvo bajo *tratamiento médico* durante los *últimos cinco (5) años*?
¿Desde qué fecha? .....
¿Por qué? .....
¿Qué medicamentos toma?.....
¿Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado) .....

En caso de que sea *Mujer*:
Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas?
Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: .....

¿Cuál es su estatura? .....mts. ¿Cuál es su peso actual ? .....kg.

Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar **SI / NO**, y en caso afirmativo, grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento .....

¿Qué deporte/s practica? .....
☐ Aficionado ☐ Profesional

Si contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas, indique nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de los médicos consultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo:
.....
.....
.....
.....

IMPORTANTE
En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales o rechazar la misma.

Con expreso conocimiento de la siguiente disposición de la Ley de Seguros Nº 17.418: Art. 5 - ***"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",*** declaro que la totalidad de las respuestas dadas a su cuestionario son completas y verídicas y constituyen la condición de validez de este seguro con "**RCI Compañía de Seguros de Personas S.A.U.**" y autorizo a la Cía. de Seguros a solicitar informes e historias clínicas acerca de mi salud a los médicos e Instituciones de Salud que me han asistido o que me asistan o examinen en el futuro, relevándolos del secreto profesional en cuanto se relacione con este seguro de vida.

Lugar y Fecha: ..... Firma y Aclaración: .....