

Datos de la Empresa

Razón Social	C.U.I.T / C.U.I.P. n°
--------------	-----------------------

Se ruega al proponente que conteste legiblemente a todas las preguntas y las amplíe lo más posible

1 Datos de la persona a asegurar

Apellidos, Nombres	C.U.I.L. n°
Estado Civil	Fecha de nacimiento
Profesión (actividad exacta) Actual	
Profesión (actividad exacta) Anterior	
Qué deportes practica?	Con competición?

Domicilio

Calle	Nro.	Piso/Dto.	C.P.A.
Provincia	Partido	Localidad	

Declaro bajo Juramento: a) Peso kg. Estatura cm. Tensión arterial mmHg.

Preguntas	NO	SI	Comentarios adicionales
2 b) ¿Consume usted bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuántas diariamente?
c) ¿Fuma usted?			Cigarrillos Puros Pipa ¿Cantidad diaria?
d) ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes?			¿Cuáles? ¿Hasta cuándo?
e) ¿Ha viajado o piensa Ud. viajar al extranjero?			Duración ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Porqué?
3 a) ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente?			¿Cuándo? ¿Porqué?
b) ¿Le han prescrito medicamentos para el corazón o la circulación, hipertensión, anticoagulantes, antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc.?			¿Cuándo? ¿Porqué? ¿Cuáles?
c) ¿Le han prescrito una cura de reposo, de desintoxicación, una cura dietética o de algún otro tipo?			¿Cuánto Tiempo? ¿Cuándo? ¿Motivo?
d) ¿Ha recibido alguna transfusión?			¿Cuándo? ¿Porqué?
e) ¿Le han recomendado no donar sangre?			¿Porqué?
4 ¿Ha sido usted sometido a algún examen radiológico? (tórax, aparato digestivo, vías urinarias, esqueleto, etc.)			¿Cuándo? ¿Resultado?
Le han hecho o recomendado alguna vez:			¿Cuándo? ¿Resultado?
a) ¿un electrocardiograma?			¿Cuándo? ¿Resultado?
b) ¿un electroencefalograma?			¿Cuándo? ¿Resultado?
c) ¿un análisis de sangre?			¿Cuándo? ¿Resultado?
d) ¿un análisis de orina?			¿Cuándo? ¿Resultado?
f) ¿una ecografía?			¿Cuándo? ¿Resultado?
g) ¿un estudio de isótopos radiactivos?			¿Cuándo? ¿Resultado?

Preguntas	NO	SI	Comentarios adicionales
5 a) ¿Su capacidad de trabajo está reducida?			¿Porqué? ¿Desde cuándo?
b) ¿Ha estado Ud. dado de baja, en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas?			¿Duración? ¿Motivo?
6 ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario?			¿Cuáles?

7 ¿Tiene Ud. o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes ?	NO	SI
a) Afecciones de los órganos respiratorios: ¿ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar?		
b) Afecciones del aparato circulatorio: ¿infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices?		
c) Afecciones del cerebro o del sistema nervioso: ¿dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia?		
d) Afecciones del aparato digestivo: ¿trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fístula de recto, diarrea crónica?		
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración?		
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)?		
g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?		
h) ¿Enfermedades de la piel?		
i) ¿Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos?		
j) Afecciones urinarias o de los órganos genitales: ¿enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?		
k) ¿Enfermedades venereas o sexualmente transmisibles?		
l) ¿Enfermedades infecciosas?		
m) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente, por ejemplo enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?		
n) Para personas del sexo femenino: ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.)?		

8 a) ¿Ha sido Ud. sometido a alguna intervención quirúrgica?		
b) ¿Ha sido Ud. tratado por un psiquiatra, psicólogo o un fisioterapeuta?		
c) ¿Ha sido Ud. tratado por algún otro tipo de médico?		

Se ruega al proponente que conteste legiblemente a todas las preguntas y las amplíe lo más posible. Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del apartado 7 a) al 8 c):

Especifique detalles	Cuándo? Duración? Secuelas?	Nombre y dirección del médico tratante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9 ¿Quién es su médico de cabecera?	
¿Quién es el médico que le ha tratado por última vez? ¿Cuándo? ¿Y por qué?	

¿Tiene Ud. alguna otra cosa que declarar sobre su salud?	

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada. Autorizo a los médicos y a todas las personas consultadas por la Compañía a darle a ésta o a su servicio médico las informaciones solicitadas.

Aclaración

Fecha

Firma de la persona a asegurar