



FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.

DECLARACION JURADA DE SALUD

Propuesta/Póliza

| ASEGURABLE | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|--------------|-------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|---------------------|--------|--|
| APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | NRO. DE DOCUMENTO | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| DNI | LE | LC | CI | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| DOMICILIO ACTUAL | | | | | | | | | | | | |
| CALLE | | | | | | NRO. | | | PISO | | D.T.O. | |
| SEXO | | | ESTADO CIVIL | | | PROFESION/ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA | | | | NACIONALIDAD | | |

BENEFICIARIOS:

| Nombre y Apellido | Tipo y N° de Documento | Dirección | Relación con el Asegurable |
|-------------------|------------------------|-----------|----------------------------|
| | | | |

DECLARACION DE SALUD:

| De acuerdo a su conocimiento: | NO | SI | OBSERVACIONES O AMPLIACIONES |
|---|----|----|-------------------------------------|
| 1) ¿Goza de buena salud? | | | Indique Estatura: Peso: |
| 2) ¿Fuma? | | | Cantidad: |
| 3) ¿Sufre de hipertensión? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión. | | | Niveles: |
| 4) ¿Sufre de diabetes? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión. | | | |
| 5) ¿Sufrió en los últimos 3 años algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación? | | | Detalles: |
| 6) ¿Adolece de algún defecto, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección? | | | ¿Cuáles? |
| 7) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año? | | | Detalles: |
| 8) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales? | | | ¿Cuáles? |
| 9) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante: | | | |
| 10) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor? | | | |

.....
Firma del Solicitante

.....
Lugar y Fecha