



Las siguientes declaraciones las efectúa el solicitante previa lectura de la siguiente disposición contenida en el artículo 5º, párrafo 1º de la Ley de Seguros Nº 17.418, que dice: "Retención - Concepto. Toda declaración falsa o toda retención 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 de riesgo, hace nulo el contrato".

Vigencia	Contratante	Póliza	Productor	Agencia

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido y nombres completos		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento
Lugar de nacimiento	Ocupación	Tareas que realiza	
Ausencia en los últimos 2 (dos) años	Causa		

¿Tiene usted conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente?

(Completar con **SI** o **NO**. En caso de seleccionar **SI**, por favor complete la información ampliada que se le solicitará. Son datos obligatorios):

<p>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 o cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o sistema nervioso. ¿Cuáles?:</p>	<p>g) Enfermedades de la sangre SI NO Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre</p>
<p>b) Enfermedades del sistema respiratorio SI NO Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio</p>	<p>h) Procesos cancerosos SI NO Cáncer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza</p>
<p>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 cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio</p>	<p>i) Otras enfermedades SI NO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de las glándulas endocrinas
<p>d) Enfermedades del sistema digestivo e intestinal SI NO Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo SI NO
<p>e) Enfermedades renales SI NO Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta
<p>f) Enfermedades óseas o musculares SI NO Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA



Vigencia	Contratante	Póliza	Productor	Agencia

j) Datos adicionales

¿Cuál es su peso actual? kg. ¿Cuál es su estatura? mts. **SI NO**
 ¿Está o estuvo bajo tratamiento médico durante los últimos cinco (5) años?
 ¿Desde que fecha?
 ¿Por qué?
 ¿Qué medicamentos toma? Indicar dosis y frecuencia

¿Es usted Fumador?

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Desde hace cuantos años?
 Si dejó, ¿Cuántos cigarrillos por día fumaba? Durante cuántos años?
 Indique tratamiento actual contra el cigarrillo:

Tratándose de mujer:

SI NO
 ¿Tiene usted conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas?
 Si usted posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses:

SI NO

¿Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado)

¿Sufre de Arteroesclerosis?:

¿Sufre de Hipertensión Arterial?:

¿Cuáles son sus cifras de tensión arterial?: Máxima: Mínima:

Indique tratamiento actual:

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

Si contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse 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:

¿Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? **SI** **NO**

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

La omisión de respuesta a los puntos solicitados se interpretará como "negativa" o que "no existe particular a declarar", según corresponda.

Declaro expresamente haber leído con atención las preguntas de este formulario, así como las respuestas consignadas, que a mi entender son verídicas, precisas y completas.

LUGAR y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN

DNI