DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

SEGUROS
Caja de Médicos

Solicitante: .....

Matrícula Nº:..... **Fecha de Nacimiento:** ...../...../.....

MUY IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO DEBER SER COMPLETADO EN **LETRAS DE IMPRENTA** DE **PUÑO Y LETRA POR EL SOLICITANTE**. **A FIN DE NO DEMORAR EL ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE SU SOLICITUD RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN SU TOTALIDAD – SIN GUIONES NI ENMIENDAS – SIN DEJAR NINGUNA SIN CONTESTAR.**

Art.5° de la Ley de Seguros N° 17.418: "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurable, 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, hacen nulo el seguro".

Las siguientes preguntas deben marcarse con una X en la SI NO columna y todas las respuestas afirmativas deben ser aclaradas convenientemente en el cuadro respectivo al final del cuestionario, indicando el N° DE LA PREGUNTA e incluyendo, FECHAS, DIAGNÓSTICO, SECUELAS, y TODO OTRO DETALLE DE IMPORTANCIA.

		SI	NO
1.	¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica?	☐	☐
2.	¿Tiene algún defecto físico (cojera, amputación, prótesis, etc.)?	☐	☐
3.	¿Está tomando o le suministran alguna medicación? Aclárelo convenientemente, indicando medicamento, frecuencia y dosis.	☐	☐
4.	¿Tiene Ud. conocimiento de haber sufrido en el pasado o de sufrir actualmente alguna afección, malestar y/o enfermedad de importancia?	☐	☐
5.	¿Estuvo, se encuentra o le han indicado algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, SIDA o por alguna otra afección de cualquier índole?	☐	☐
6.	¿Le han realizado estudios o análisis especiales que no fueran de rutina y/o cuyo resultado fuera anormal?	☐	☐
7.	¿Quién es su médico de consulta y/o tratamiento?		
8.	¿Tiene Ud. alguna dificultad para el desempeño normal de sus tareas habituales?	☐	☐
9.	a) Indique su PESO(vestido)..... kg. y ESTATURA.....cm. (actuales y exactos). Ha tenido cambios importantes en su peso (más de 10 kilos) recientemente o en los últimos años: ¿cuántos kilos?:..... b) Indique sus cifras de PRESION ARTERIAL máxima.....mínima.....	☐	☐
10.	¿Hubo en su familia (CONSANGUINEA) casos de suicidio, insanía, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis, enfermedades cardiovasculares?	☐	☐
11.	¿ Ud. considera que actualmente se encuentra sano?	☐	☐
12.	¿Posee cobertura médica? Indique Entidad (Obra social, prepaga, etc) Indique su número de afiliado.....	☐	☐
13.	¿ Esta Ud. embarazada? Si es afirmativo aclare de cuantos meses.....	☐	☐

CUADRO PARA ACLARACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Pregunta Nº	ACLARACIÓN (INDIQUE FECHAS, DIAGNÓSTICOS Y SECUELAS)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Autorizo a **CAJA DE MEDICOS SEGUROS**, a solicitar cualquier tipo de informes sobre mis antecedentes clínicos. A tales efectos, dejo expresa constancia que relevo del secreto profesional a los médicos o Instituciones públicas y privadas que me han examinado o asistido o que lo puedan hacer en el futuro, para suministrar informes acerca de mi salud.

DECLARO QUE HE COMPLETADO DE PUÑO Y LETRA LAS CONTESTACIONES CONSIGNADAS EN ESTE FORMULARIO Y LAS CONSIDERO VERÍDICAS, PRECISAS Y COMPLETAS.

Lugar y fecha: .....

Firma del solicitante:..... .....
Aclaración:

LA RECEPCIÓN DE ESTA DECLARACIÓN NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO (ART. 4 LEY 17.418)

FSEG 002/ 01 Rev 001