

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
VIDA COLECTIVO



PROPUESTA N° _____

PÓLIZA		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		El certificado iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptado por la Aseguradora.	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.				

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL											
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>		NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	CUIT/CUIL NRO.: _____											
ENTREGA DE PÓLIZA POR MEDIO ELECTRÓNICO: En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada a esta solicitud de seguro sea entregada electronicamente a la siguiente dirección de correo electrónico: EMAIL: _____												

ASEGURABLE	APELLIDO Y NOMBRES												
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>		NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO				
	CALLE						NRO.			PISO		D.T.O.	
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELÉFONO			
	SEXO		ESTADO CIVIL		PROFESIÓN/ACTIVIDAD U OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA				NACIONALIDAD				
	¿Realiza Ud. deportes, actividades o hobbies riesgosos como por ejemplo: jockey, saltos hípicas, bombero, piloto civil, aviación, buceo, motociclismo, automovilismo, espeleología, montañismo, motonáutica, navegación a vela, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, rafting, otro que se considera peligroso?										SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Por favor especificar: _____

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	PORCENTAJE	

DECLARACIÓN DE SALUD	De acuerdo a su conocimiento:	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, por favor ampliar
	1) Indique su peso y estatura			Peso: _____ Kg Estatura: _____ m
	2) ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad diaria de cigarrillos: _____
	3) ¿Sufre de hipertensión? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveles: _____
	4) ¿Sufre de diabetes? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5) ¿Sufrió en los últimos 3 años algún accidente, operación, internación o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalles: _____
	6) ¿Adolece de algún defecto, molestia física, incapacidad o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____
	7) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalles: _____
	8) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales / cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, no he padecido, ni me han sido diagnosticadas ninguna de las siguientes dolencias: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto hepatitis A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsias, Enfermedad de Alzheimer y SIDA. En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada en el párrafo anterior, favor especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, duración del tratamiento y sus eventuales secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante, nombre del hospital o clínica y toda otra información adicional:

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza.

El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeto a la aprobación de la Solicitud por parte de SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, de acuerdo a los requerimientos de la Cooperativa.
Autorizo a SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.

Art. 4 de la Ley de Seguros N°. 17.418: "La propuesta del contrato de seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al Asegurado ni al Asegurador. La propuesta puede supeditarse al previo conocimiento de las condiciones generales".
Art. 5 de la Ley de Seguros N°. 17.418: "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 hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

LUGAR: _____ FIRMA DEL ASEGURABLE _____ FIRMA DEL TOMADOR _____ FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR _____
 FECHA: _____ ACLARACIÓN DE FIRMA _____ ACLARACIÓN DE FIRMA _____ MATRÍCULA N°: _____