



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Seguro de Vida

Declaración Jurada de Salud

NUMERO DE PADRÓN

NUMERO DE PRÉSTAMO

NUMERO DE PRÉSTAMO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Solicitud N°

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos

Nombres

C.I.

Fecha nacimiento

Capital

Plazo

ANTECEDENTES FAMILIARES

Parentesco

Edad

Estado de salud

En caso de fallecimiento

Edad

Causa

Padre

Madre

Hermanos

Hijos

PESO

kg

Aumento de peso

Sí No

Rebaja de peso

Sí No

Causa

Causa

¿Cuánto?

¿Cuánto?

ALTURA

mt.

PRESIÓN ARTERIAL Máximo

Mínimo

Fecha

INDIQUE SI EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS HA CONSUMIDO (en caso afirmativo, indicar cantidad y frecuencia)

En caso afirmativo, indique:

Cantidad

Frecuencia

Alcohol

Sí No

Tabaco

Sí No

Drogas

Sí No

EXÁMENES REALIZADOS

	SI	NO	Causa	Resultado	Fecha
Análisis de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Análisis de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
RX de tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Biopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Ha recibido en alguna oportunidad transfusión de sangre o sus derivados?

Sí No

¿Ha sido alguna vez rechazado como donante? Sí No ¿Causa?

¿Ha estado internado en Sanatorio, Hospital u otra Institución para observación, tratamiento u operación?

Sí No

¿Causa?

Fecha

¿Causa?

Fecha

¿Causa?

Fecha

¿Se le ha indicado someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro

Sí No

¿Causa?

Fecha probable

¿Tiene carné de salud vigente?

Sí No

Fecha de realizado

¿Ha sido alguna vez pospuesta, rechazada, retirada o anulada una Solicitud de cobertura de Seguro de Vida o se le han impuesto Condiciones Especiales? Sí No en caso afirmativo, detalle la respuesta abajo donde dice "Detalle de las respuestas afirmativas".

ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si ha tenido alguna de las patologías indicadas y su fecha:

- a) Trastornos depresivos, psicológicos, nerviosos y/o psiquiátricos Sí No
- b) Accidente vascular encefálico, parálisis, convulsiones, cefaleas, mareos, vértigo, etc. Sí No
- c) Hipertensión arterial, enfermedades del corazón y sistema venoso (ej.: varices) Sí No
- d) Tos, expectoración persistente, bronquitis, asma, tuberculosis u otras enfermedades del sistema respiratorio **(en caso de asma responder formulario para patología asmática)** Sí No
- e) Úlceras gástricas o duodenales, hemorragia digestiva, hepatitis: A, B, C, etc. Sí No
- f) Cólicos nefríticos, afecciones renales, etc. Sí No
- g) Hiper o hipotiroidismo, diabetes u otras Sí No
- h) Alergias, dermatitis, úlceras, soriasis, erisipela, etc. Sí No
- i) Enfermedades de la sangre (ej.: anemia, trastornos de la coagulación, etc.) Sí No
- j) H.I.V., sida, sífilis u otras patologías de transmisión sexual Sí No
- k) Tumores de alguna clase (ej.: cáncer, pólipos, quistes) Sí No
- l) Sistema locomotor: problemas traumatológicos o reumáticos: deformaciones, amputaciones, limitaciones en la movilidad. Dolores musculares o articulares. Lumbalgias. Secuelas de cirugías realizadas ya sea por accidentes o por enfermedades previas. Sí No
- m) Sexo femenino: patología de mama, ovario y/o útero Sí No
- ¿está embarazada? Sí No
- número de embarazos _____ número de cesáreas _____
parto/s normal/es Sí No
- n) Sexo masculino: enfermedades de próstata Sí No
- o) Sistema de visión, audición y equilibrio: Uso de lentes, miopía, astigmatismo, etc. Disminución de la audición uni o bilateral, uso de audífonos, mareos y/o vértigos. Sí No

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

AUTORIZACIÓN

Autorizo a los médicos que me han atendido a informar al Banco de Seguros del Estado sin reservas acerca de mi historia médica y mi estado de salud.

Localidad _____ Fecha

Firma de la persona cuya vida se asegura _____

N° del Corredor _____

Firma del Corredor _____

1er. Apellido _____

1er. Nombre _____

Informe del Médico-C.S.M. _____

Firma _____

Fecha

Informe del Depto. Actuarial _____

Firma _____

Fecha

Resolución de Gerencia _____

Firma _____

Fecha