

## **SEGURO DE VIDA OPTATIVO EMPLEADOS - CUESTIONARIO DE SALUD**

### **DATOS DEL TOMADOR:**

- Nombre y Apellido o Razón Social: .....
- CUIT/CUIL: ..... Póliza N°: .....

### **DATOS DEL ASEGURABLE:**

- Apellido y Nombre del Asegurable: .....
- Domicilio: ..... Localidad: .....
- Provincia: ..... C.P.: .....
- DNI/CUIL: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....
- Dirección de email: ..... Teléfono: .....
- Ocupación: .....

Ley 17.418, Artículo 5°: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancia conocidas por el asegurado, aun 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, hace nulo el contrato".

La presente Declaración debe ser llenada de puño y letra del solicitante.

Todas las preguntas deberán ser respondidas para una correcta evaluación del riesgo.

**Declaro Bajo Juramento:**                      Peso: ..... kg.                      Estatura: ..... Cm.

### **Preguntas:**

1. ¿Ha sufrido en los últimos 10 años alguna enfermedad con duración mayor a los 15 días? **SI / NO**  
En caso de respuesta afirmativa indicar: **Diagnóstico - Tratamiento - Secuelas - Precisar fechas**

.....  
.....

2. ¿Ha sufrido un accidente u operación quirúrgica con duración mayor a los 15 días? **SI / NO**  
En caso de respuesta afirmativa indicar: **Causas - Consecuencias - Tratamiento - Secuelas - Precisar Fecha**

.....  
.....

3. ¿Padece alguna discapacidad funcional en algún miembro de la cual posea conocimiento? **SI / NO**  
En caso de respuesta afirmativa indicar cuál:

.....  
.....

4. ¿Sufre usted actualmente alguna enfermedad y/o se encuentra bajo algún tratamiento médico del cual posea conocimiento? **SI / NO**

En caso de respuesta afirmativa indicar: **Diagnóstico - Tratamiento**

.....  
.....

5. ¿Practica usted actualmente algún deporte de riesgo?

**SI / NO**

En caso de respuesta afirmativa indicar: **Cuál - Frecuencia**

.....  
.....

Declaro conocer y aceptar las Condiciones Particulares y Generales del Contrato de Seguro que solicito, como asimismo el alcance del artículo 5º de la Ley de Seguros N° 17.418, asumiendo en consecuencia la responsabilidad por la exactitud de los datos consignados en la presente. **Gestión Compañía Argentina de Seguros S.A.** se reserva el derecho de solicitar ampliación de las respuestas consignadas afirmativas antes de emitir el Certificado Individual del Seguro, momento a partir del cual la solicitud será considerada aceptada.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

.....  
Firma y aclaración del asegurable