

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