

Nº DE SOLICITUD:			Nº DE PÓLIZA:		
Apellido y Nombres del titular:				D.N.I.:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	Edad:	Estatura:	Peso:
Profesión/Ocupación:			Presión Sanguínea	MIN:	MAX:

**POR FAVOR UTILICE LETRA MAYUSCULA DE IMPRENTA.**

**CONOCE PADECER O HABER PADECIDO** (Complete con SI o NO):

<p><b>A) ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO:</b> Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, enfermedades mentales, trastornos del habla, dolores de cabeza severos, encefalitis o cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o sistema nervioso?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B) ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO:</b> Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, desgarró con sangre, tuberculosis, infecciones, silicosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>C) ENFERMEDADES DEL CORAZON O DEL SISTEMA CIRCULATORIO:</b> Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas, hipertensión arterial, o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>D) ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO E INTESTINAL:</b> Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>E) ENFERMEDADES RENALES:</b> Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias y genitales, sífilis, u otras venéreas, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>F) ENFERMEDADES OSEAS O MUSCULARES:</b> Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>G) ENFERMEDADES DE LA SANGRE:</b> Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia, médula ósea, linfomas, afecciones en los ganglios o cualquier otra enfermedad de la sangre?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>H) PROCESOS CANCEROSOS:</b> Cáncer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>I) ENFERMEDADES CONGENITAS O HEREDITARIAS:</b> Enfermedades inmunológicas y degenerativas? Enfermedades de déficit inmunológico, HIV, crs o condiciones relacionadas con el Sida?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>J) ENFERMEDADES ENDOCRINAS:</b> Diabetes, Gota, Colesterol, Alteraciones de la tiroides, Bocio u otra enfermedad de las glándulas endocrinas? se aplica insulina?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>K) AFECCIONES GINECOLOGICAS Y OBSTETRICA:</b> Ovarios, Útero, Genitales, Abortos, Mamas</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>L) EMBARAZO EN CURSO, DE CUANTOS MESES? DIFICULTADES:</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>M) OTRAS:</b> Enfermedades de la vista, nariz, garganta y oídos, sordera, otras? Varices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>N) MAL DE CHAGAS O CUALQUIER:</b> Enfermedad, adicción o síntoma no indicado, que sean de su conocimiento?</p>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA/S PREGUNTA/S SE DEBE ACLARAR EN OBSERVACIONES: DIAGNOSTICO Y FECHA DEL MISMO, TRATAMIENTOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL, GRADO DE RECUPERACION, SECUELAS.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1) <b>HÁBITOS TÓXICOS Y/O ADICCIONES:</b> TABACO, ALCOHOL, OTROS. En caso afirmativo especificar tipo de sustancia y si se encuentra actualmente bajo tratamiento por la misma o lo ha estado en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/>
2) <b>PRACTICA DEPORTES,</b> COMO AFICIONADO O PROFESIONAL, CUAL/ES?	<input type="checkbox"/>
3) <b>INFORMACION COMPLEMENTARIA:</b> Conoce en su familia o en la de su cónyuge casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón, renales? Indicar grado de parentesco si están vivos, edad actual o al fallecimiento.	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA/S PREGUNTA/S AMPLIAR EN OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

CON EXPRESO CONOCIMIENTO DE LA SIGUIENTE DISPOSICION, LA LEY DE SEGUROS N° 17.418 ART. 5 "TODA DECLARACION FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS 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 CERCORADO DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO", DECLARO QUE LA TOTALIDAD DE LAS RESPUESTAS DADAS A SU CUESTIONARIO SON COMPLETAS Y VERIDICAS Y CONSTITUYEN LA CONDICION DE VALIDEZ DE ESTE SEGURO CON PREVINCA SEGUROS S.A., Y AUTORIZO A LA COMPANIA DE SEGUROS A SOLICITAR INFORMES E HISTORIAS CLINICAS A CERCA DE MI SALUD A LOS MEDICOS E INSTITUCIONES DE SALUD QUE ME ASISTEN O EXAMINEN EN EL FUTURO, RELEVANDOLOS DEL SECRETO PROFESIONAL EN CUANTO SE RELACIONE CON ESTE SEGURO DE VIDA.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION DEL  
TITULAR / SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
N° DE DOCUMENTO

DIRECCION, LOCALIDAD, PROVINCIA Y TELEFONO PARA SER CONTACTADO POR AUDITORIA MÉDICA / HORARIOS:
---

AUDITORÍA MÉDICA	SUSCRIPTOR VIDA
FECHA:	FECHA:
SELLO Y FIRMA DE LA AUDITORIA MÉDICA	SELLO Y FIRMA SUSCRIPTOR
OBSERVACIONES MÉDICAS:	FIRMA DEL TITULAR/SOLICITANTE
FECHA:	FIRMA Y ACLARACION DEL TITULAR / SOLICITANTE

Aprobada por Resolución 2017 - 40621 - APN - SSN #MF por la Superintendencia de Seguros de la Nación.