



DECLARACION JURADA DE SALUD

POLIZA N°: **CONTRATANTE:**

La presente declaración debe ser completada de puño y letra por el solicitante, previa lectura de la primera parte del Art. 5°- párrafo 2° de la Ley N° 17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados según el caso."

Datos Personales del Solicitante:

Nombre y Apellido:.....
Fecha de nacimiento: Tipo y N° de Documento:
Domicilio:..... Tel.:.....

Información Médica del Solicitante:

Haga su declaración con franqueza. Si tiene ligeros padecimientos que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Conteste si o no en cada pregunta, si contesto afirmativamente amplíe y detalle con fechas , tratamientos, medicación indicada y fecha de alta médica .Si necesita más espacio para detallar una respuesta, adjunte hojas aportando información y los estudios que se le hubieren realizado (originales), que le serán devueltos una vez evaluados.

- 1) Sufrió Ud. en los últimos 5 años algún accidente, intervención quirúrgica o algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico , permanecer internado, o realizó tratamientos? En caso afirmativo, especifique: :
.....
- 2) Tiene Ud. algún defecto, discapacidad, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento? En caso afirmativo, especifique:
.....
- 3) Padece usted o ha consultado al medico o ha sido tratado por alguna de las siguientes dolencias: enfermedades cardiovasculares,pulmonares,respiratorias, cerebrovasculares, tumores, hipertensión arterial, problemas gastrointestinales, renales, de las vías urinarias, afecciones en los huesos, SIDA, diabetes, adicción a las drogas o alcohol? En caso afirmativo, especifique:
.....
- 4) Padece alguna enfermedad crónica? En caso afirmativo, especifique:
.....
- 5) Estatura : Peso :..... Presión arterial: Máxima Mínima.....
- 6) Es Ud. Fumador? Cantidad diaria de Cigarrillos:.....
- 7) Actualmente está Ud. Bajo tratamiento médico? En caso afirmativo especificar:
.....
- 8) Posee Médico de cabecera y/o Especialista? En caso afirmativo, indique su nombre, dirección y teléfono:
.....

Autorizo a Boston Cía.Arg. de Seguros a obtener toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a reclamar. Este formulario deberá ser entregado a la compañía para el análisis y la aceptación del riesgo.

Esta declaración debe estar debidamente firmada en original por el asegurado

.....
Firma del Titular: Aclaración Lugar y fecha