

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

Sexo: M F Nacionalidad: _____ Fecha de Nac.: _____ Estado Civil: _____ C.U.I.L. _____

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono Particular _____ Teléfono Comercial: _____

MUY IMPORTANTE: Debe ser completado de puño y letra por el solicitante, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del Art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún 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 de riesgo, hacen nulo el seguro".

Antecedentes de Familia

Familiar	Edad actual	Estado de Salud, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de muerte

1. ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cancer, diabetes o tuberculosis?
Indicar parentesco: _____

2. ¿Hace Ud. vida sedentaria o realiza deportes? ¿Cuáles? _____

3. ¿Practica o emplea Ud. la aviación? ¿En qué carácter? _____

4. ¿Durante los últimos diez años Ud. ha residido en el exterior? ¿Dónde? _____

5. ¿Consumo Ud. habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas?
Indique la cantidad diaria. _____

6. ¿Bebió Ud. en exceso en alguna época? ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

7. ¿Interviene Ud. en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo público? _____

8. ¿Fuma Ud.? Indique cantidad diaria de cigarrillos, pipas, etc. _____

9. ¿Necesita o necesitó Ud. hacer uso de sedantes (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.)?
¿Por qué motivos? _____

10. Indique su estatura y peso (vestido) exacto. _____

11. ¿Ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas |
| <input type="checkbox"/> Asma o fatiga respiratoria | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Cólicos intestinales | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores | <input type="checkbox"/> Ulceraciones (secreciones genitales) |
| <input type="checkbox"/> Deposiciones con sangre | <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes o crónicas |
| <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre | <input type="checkbox"/> Sudoración y/o fiebre nocturna |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Ronquera persistente |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Tos persistente |
| <input type="checkbox"/> Mareos persistentes | <input type="checkbox"/> Expectoraciones con sangre |
| <input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados o hinchados | |

12. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos, de la garganta, de la nariz, de los oídos. |
| <input type="checkbox"/> Embolias | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos) | <input type="checkbox"/> Pleuresia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón o de la vejiga (cólicos, cálculos) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disenteria) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | <input type="checkbox"/> Tumores |

13. ¿Sufrió de otras enfermedades no mencionadas anteriormente? Indique año, duración y Médico tratante. _____

14. ¿Le han realizado radiologías, electrocardiogramas o análisis especiales? _____

Declaro bajo juramento que las respuestas anteriores son completas y verdaderas. Autorizo a la Compañía de Seguros de Vida y a sus Médicos, a solicitar y brindar informes acerca de mi salud y/o historia clínica a los médicos que me han asistido o me asistirán en el futuro y a cualquier institución médica. Se tratará como confidencial la información referente a la asegurabilidad de los proponentes.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del Solicitante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Asegurable en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros:**
Maipú 241 (C1084ABE) - Capital Federal

