

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres: D.N.I./L.C./L.E.:

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

Domicilio: Calle: N°: Piso: Depto.: C.P.

Localidad: Provincia: Teléfono Particular: Teléfono Comercial:

Teléfono Celular: E-Mail:

Dejo expresa constancia que autorizo a Galicia Seguros a enviar cualquier documentación y/o notificación con respecto a la póliza a la casilla de mail arriba denunciada.

MUY IMPORTANTE: Debe ser completado 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".

Indique su estatura y peso (vestido) exacto:

Indique cifras de presión arterial (presión máxima y mínima):

Por favor, marque con una cruz (X) lo que corresponda. En caso de respuesta afirmativa amplíe con los datos requeridos dentro del cuadro correspondiente en cada pregunta:

		No	Sí
1 ¿Su ocupación laboral implica tareas de cierto riesgo como: electricidad, trabajos en altura, manipulación de materiales peligrosos o armas de fuego, fuerzas o servicios de seguridad, piloto de aeronaves, o cualquier otra actividad que puede ser perjudicial para su salud?		☐	☐
Ampliar: ocupación(puesto que desempeña), donde desempeña físicamente las tareas, durante cuánto tiempo, y el riesgo que esa tarea le implica:			
2 ¿Realiza o participa en deportes o actividades riesgosas como: aladeltismo, buceo, motonáutica, parapente, carreras de velocidad, piloto de aeronaves, etc.? Ampliar:		☐	☐
3 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido enfermedades o defectos de ojos, oídos, nariz o garganta? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.		☐	☐
4 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido enfermedades o defectos de Mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedades de tipo mental o nerviosa? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.		☐	☐
5 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, expectoración de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedad del sistema respiratorio crónica? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.		☐	☐
6 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del sistema cardiovascular? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.		☐	☐
7 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.		☐	☐

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, 2 y 3 que la componen, con la debida firma del Asegurable en ambas.

Completá el formulario, firmalo y sacale una foto o escanealo para enviarlo junto con fotos de ambos lados de tu DNI a proteccion.familiar@galiciaseguros.com.ar indicando en el **Asunto:** nombre y apellido.

Declaración Jurada de Salud - Datos del Solicitante

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

☐ No ☐ Sí

8 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, piedra u otra enfermedad en los riñones, vejiga, próstata o aparato genital? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

9 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Diabetes, enfermedad de la tiroides u otras glándulas endócrinas? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

10 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda y articulaciones. Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

11 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Alguna deformidad, cojera o amputación? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

12 ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de Enfermedades de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

13 ¿Ha bebido alcohol en exceso? ¿Ha sido necesario tratamiento? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

14 ¿En la actualidad fuma Ud.? o ha fumado durante los últimos 5 años cigarrillos, cigarro, pipa o ha usado tabaco de cualquier forma? ¿Cuántos al día?

☐ ☐

15 En los últimos 10 (diez) años, ¿Ha usado LSD, Heroína, Marihuana, Cocaína, Barbitúricos, o cualquier droga narcótica, o ha sido tratado por abuso de droga? Indicar cuál o cuáles, fechas, diagnóstico, tratamiento, duración y grado de recuperación.

☐ ☐

16 ¿Está Ud. actualmente sometido a observaciones, tratamiento o medicación por alguna enfermedad? **Ampliar:**

☐ ☐

17 ¿Tiene actualmente o tuvo alguno de los siguientes síntomas. Indique cuáles: Dolor de garganta, Tos, Secreción, Dolor de extremidades, Cansancio o debilidad, Dificultad para respirar o algún otro problema de la respiración, Fiebre desde 38°C, Síntomas gripales, escalofríos, Náuseas / mareos, Vómitos, Diarrea, Alteración del sentido del gusto o del olfato? ¿Desde y hasta cuándo tuvo los síntomas mencionados arriba? Fecha (desde/hasta):

☐ ☐

18 ¿Tuvo alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas? Indicar cuál, fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

19 ¿Ha tenido alguna revisión, consulta u operación quirúrgica? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

20 ¿Ha sido paciente de establecimientos médico? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

21 ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiese realizado? Indicar cuál, fecha, motivo y estado actual.

☐ ☐

22 ¿Se le ha recomendado realizarse la prueba de COVID-19 o está planeado la realización de esta prueba? ¿Por qué motivo? Si ya lo realizó ¿cuál fue el resultado?

☐ ☐

23 ¿Estuvo en contacto con alguna persona contagiada de COVID-19 o que haya estado en tratamiento por estar infectada?

☐ ☐

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, 2 y 3 que la componen, con la debida firma del Asegurable en ambas.

Completá el formulario, firmalo y sacale una foto o escanealo para enviarlo junto con fotos de ambos lados de tu DNI a proteccion.familiar@galiciaseguros.com.ar indicando en el **Asunto:** nombre y apellido.

Declaración Jurada de Salud - Datos del Solicitante

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

No Sí

24 ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

25 ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea, renal o mental (incluido suicidio)? **Ampliar:**

☐ ☐

26 ¿Ha tenido cambios en su peso en los últimos 12 meses? **Ampliar:** ¿Motivo? ¿Aumentó? ¿Disminuyó? ¿Cuántos kg?

☐ ☐

27 ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. Sífilis, Hepatitis B, etc. Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

28 ¿Tiene Ud. alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea crónica, ganglios inflamados o lesiones de piel? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

29 Si el solicitante del seguro es mujer, ¿ha tenido trastornos serios en la menstruación, embarazos, genitales o pechos? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

30 Si el solicitante del seguro es mujer, ¿Está Ud. Embarazada y ha tenido problemas en su gestación? Indicar fecha, diagnóstico, tratamiento, duración y estado actual.

☐ ☐

31 ¿Su padre vive? ☐ SI. Indicar estado de salud y edad:

☐ NO. Indicar causa de Muerte:

32 ¿Su madre vive? ☐ SI. Indicar estado de salud y edad:

☐ NO. Indicar causa de Muerte:

33 ¿Tiene hermanos/as vivos? ☐ SI. Indicar cantidad, estado de salud y edad:

☐ NO.

34 ¿Tiene hermanos/as Fallecidos? ☐ SI. Indicar cantidad y causa de Muerte:

☐ NO.

35 ¿Tiene hijos/as vivos? ☐ SI. Indicar cantidad, estado de salud y edad:

☐ NO.

36 ¿Tiene hijos/as Fallecidos? ☐ SI. Indicar cantidad y causa de Muerte:

☐ NO.

Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitarme aquellos antecedentes e informes clínicos que fueran conducentes para llevar a cabo el análisis de suscripción correspondiente. Nota Importante: la cobertura inicia su vigencia cuando la Compañía acepte las condiciones de la presente solicitud. Asimismo dicha cobertura quedará sin efecto si al momento de suscribirse ud. padeciera de una enfermedad que fuera causante directa o indirecta de un eventual siniestro ("enfermedades preexistentes"). Tomo conocimiento que Galicia Seguros S.A.U. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con la prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo (Ley 25.246, Resolución UIF 28/2018 y complementarias), comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados. Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía en caso de ser funcionario público (PEPs), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previstos en las Res. 134/2018 de la Unidad de Información Financiera (UIF). Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web www.galiciaseguros.com.ar o contactarse con nuestro Centro de Atención al

Cliente. En cumplimiento a la Ley 25.326, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Galicia Seguros S.A.U., la cual se encuentra inscrita ante la AAIP, y que se comprometo a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Política de Privacidad y protección de datos personales: <https://galiciaseguros.com.ar/legales/politicasprivacidadprotecciondatospersonal> es. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación de la entidad aseguradora, dirigiéndose a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0800-666-8400, por correo electrónico a denuncias@ssn.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.argentina.gov.ar/ssn.

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, 2 y 3 que la componen, con la debida firma del Asegurable en ambas.

Completá el formulario, firmalo y sacale una foto o escanealo para enviarlo junto con fotos de ambos lados de tu DNI a proteccion.familiar@galiciaseguros.com.ar indicando en el **Asunto:** nombre y apellido.