VIDA

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD REDUCIDA

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Uso interno BSE - N° incidencia Jira:

El presente formulario debe ser completado, íntegramente, por la persona cuya vida se asegura. La misma se responsabiliza de la veracidad sin reticencias de las declaraciones y respuestas consignadas en esta declaración, para evitar la nulidad del seguro (Art. 46 Ley 19678).

SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos Nombres

Fecha de nacimiento Profesión/Ocupación

CUESTIONARIO

Sírvase contestar a cada una de las siguientes preguntas, indicando y/o subrayando la opción que corresponda y realizando las aclaraciones solicitadas en espacio disponible. En caso de requerir espacio adicional, favor continuar al dorso indicando el número de pregunta que se está respondiendo.

1- Altura cm. **Peso** kg. **Presión arterial** Máxima Mínima

2- ¿Ha fumado en los últimos 12 meses?, ¿Consume o ha consumido bebida alcohólica?, ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga? Sí ☐ No ☐

Indique cantidad, frecuencia y tipo

3- ¿Hay antecedentes en su familia (padres naturales, hermanos o hijos) de una enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer, enfermedad de alzheimer, enfermedad de parkinson, esclerosis múltiple tuberculosis o enajenación mental? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, detalle

4- ¿Padece alguna anomalía o trastorno de tipo psíquico o físico? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, detalle

5- En el transcurso de los últimos 5 años ¿Se ha sometido a un reconocimiento médico?, ¿Ha recibido o le fue aconsejado un tratamiento médico?, ¿Ha estado internado en un hospital? Sí ☐ No ☐

Dé detalle de fecha, motivo, tratamiento recibido y estado actual:

6- ¿Ha sufrido o sufre de cualquier trastorno psíquico o del sistema, cualquier afección pulmonar, presión arterial elevada, cualquier afección cardiovascular, cualquier padecimiento estomacal o intestinal, diabetes o cualquier afección renal o hepática, o del sistema urinario, fiebre reumática, cualquier padecimiento de los huesos o articulares, crecimiento de ganglios o cualquier tipo de cáncer, tumor o afección sanguínea, fiebre recurrente o persistente sin explicación alguna, pérdida de peso, cualquier afección cutánea, enfermedad venérea (por ej. sífilis, gonorrea) o solicitado una consulta médica, tratamiento o prueba de sangre en relación con una afección vírica (por ej. hepatitis B, SIDA, etc.) trastornos o cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionadas anteriormente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase aclarar tipo de enfermedad, fecha de ocurrencia, tratamiento recibido y estado actual:

Si no imprime este formulario doble faz, sírvase incluir fecha y firma también en esta página

La firma debe ser igual a la del documento de identidad adjunto.

Fecha Firma de la persona sobre la que recae el riesgo

7- **¿Actualmente toma algún medicamento?** Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase indicar ¿cuál/es y por qué?

8- **¿Se le ha indicado someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro?** Sí ☐ No ☐

Causa Fecha probable

9- **¿Realiza usted deportes, actividades u hobbies riesgosos como por ejemplo**

Policía, Bombero, Piloto Civil, Andinismo, Carreras de Velocidad, Alas Delta, Parapente, Paracaidismo,

Buceo, Motociclismo, u otro que se considere peligroso? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, detalle

10- **Sexo femenino** ¿Está embarazada?: Sí ☐ No ☐

AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma o enfermedad que no haya sido mencionado en este formulario por la cual haya o no consultado a un médico? Sí ☐ No ☐

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y/O PERSONAL

Autorizo a los médicos que me han atendido o cualquier otro proveedor de servicios médicos a brindar al Banco de Seguros del Estado o a quién éste designe, información sin reservas acerca de mi historia médica y mi estado de salud, en caso de siniestro o en la suscripción del seguro cuando el Banco de Seguros del Estado así lo entienda.

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Indique el nombre de las Instituciones de servicios médicos a las cuales está o estuvo afiliado anteriormente

Nombre de la Institución Número de Afiliado

Desde hasta Motivo de egreso

Nombre del médico tratante de la Institución

Nombre del la Institución Número de Afiliado

Desde hasta Motivo de egreso

Nombre del médico tratante de la Institución

Nombre del la Institución Número de Afiliado

Desde hasta Motivo de egreso

Nombre del médico tratante de la Institución

La firma debe ser igual al documento de identidad adjunto.

Firma de la persona cuya vida se asegura Aclaración de firma

C.I. Código serial

AUTORIZACIÓN CORREO ELECTRÓNICO

En el proceso de suscripción el Banco de Seguros del Estado podrá solicitarme información de carácter sensible y personal de acuerdo a lo declarado y/o exámenes realizados (estudios específicos, informes médicos, formularios patológicos, etc.)

Para mantener la confidencialidad de mi estado de salud, autorizo al BSE a comunicarse al correo electrónico:

Personal _____ Otro e-mail (opcional) _____

En caso de brindar un correo electrónico de un tercero, el BSE asume que está en conocimiento y de acuerdo que se conocerá aspectos personales y sensibles de su salud.

Tanto el asegurado/contatante como el BSE aceptan la validez de la información que se intercambie a través de la casilla de correo electrónico declarada en este formulario; se exceptúan la designación o modificación de beneficiarios.

Fecha _____

La firma debe ser igual al documento de identidad adjunto.

Firma de la persona cuya vida se asegura _____ Aclaración de firma _____

C.I. _____ Código serial _____

DE USO INTERNO