

SOLICITUD DE ALTA
 Seguro de Vida Colectivo del Titular y Adicional del Cónyuge
 Declaración Jurada de Salud

TODAS LAS RESPUESTAS LAS CONSIGNO SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

NOTA: En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, indique el número de esta en el punto 18

Datos sobre la Enfermedad	SI/NO
(1) ¿En los últimos 10 años ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido:	
a) enfermedad o defecto de los ojos, oídos, nariz o garganta?	
b) ¿Depresión, mareos, desmayos, convulsivos, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, epilepsia, neuritis, cística, enfermedades del tipo mental o nerviosa?	
c) ¿Dificultad al respirar, ronquera, o tos persistente, hemoptisis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o enfermedad del sistema respiratorio o crónica?	
d) ¿Dolor en el pecho, afeción coronaria, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, arritmias, soplo cardiaco, ataque cardiaco, miocardiopatías, insuficiencia cardiaca, infartos, obstrucciones arteriales periféricas, angina de pecho y otra enfermedad del sistema cardiovascular?	
e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, hepatitis A, B o C, colitis, diverticulosis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad del estomago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula?	
f) ¿Enfermedades endocrinas o metabólicas, renales, azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato genital, diabetes, enfermedad de las tiroides y otras glándulas endocrinas?	
g) ¿Reumatismo, artritis, gota, eritematoso o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda, articulaciones, alguna deformidad, cojera o amputación.	
h) ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer, leucemia, anemia y otras?	
i) ¿Consumo bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, especifique tipo de bebida y cantidad diaria)	
(2) En la actualidad fuma usted, durante los últimos 24 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (En caso afirmativo, indique cuantos al día)	
(3) ¿Durante los últimos 10 (diez) años ha consumido L.S.D., marihuana, heroína, cocaína, barbituricos o cualquier droga narcótica o ha sido tratado por abuso de drogas ó alcohol.	
(4) ¿Está usted actualmente sometido a observaciones, tratamiento o ingiere medicación por alguna enfermedad?	
(5) En los últimos 10 (diez) años:	
a) ¿Ha tenido alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas?	
b) ¿Ha tenido alguna revisión médica, consulta, lesión u operación quirúrgica? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18)	
c) ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos? (Aclarar fecha, motivo y evolución en el punto 18)	
d) ¿Ha sido sometido a electrocardiogramas, radiografías u otro tipo de análisis? (Aclarar fecha y motivo en el punto 18)	
e) ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado?	
En caso afirmativo indicar motivo:	
(6) ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar o de otro seguro de vida por deficiencia física o mental?	
(7) ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo?	
(8) ¿Tiene usted conocimiento si en su familia hay antecedentes de tuberculosis, diabetes, epilepsia, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio?	
(9) ¿Conoce usted con certeza los valores de su tensión arterial?	
En caso afirmativo, consígnelos: Máxima. Mínima.	
(10) ¿Fue informado, alguna vez en los últimos diez (10) años, que presentaba cifras elevadas de tensión arterial o le fue prescrito algún tratamiento para la hipertensión arterial?	
(11) a) Estatura: cms. b) Peso vestido: kgs.	
(12) ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 12 meses? Subió: kgs. Bajó: kgs. Explique la causa en el punto 18	
(13) ¿Ha sido diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), el complejo de enfermedades derivadas del Sida (arc.), o exámenes con resultados que indiquen que ha estado expuesto al virus (HIV positivo)?	
(14) ¿Tiene usted alguno de los síntomas sin explicación: fatiga, pérdidas de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones en la piel?	

