

ASEGURABLE												
APELLIDO Y NOMBRES												
TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
DNI	LE	LC	CI									
DOMICILIO ACTUAL												
CALLE						NRO.			PISO		DTO.	
COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA				TELEFONO		
SEXO			ESTADO CIVIL			PROFESION/ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA				NACIONALIDAD		
¿Realiza Ud. deportes, actividades u obvias riesgosos como por ejemplo: bombero, piloto civil, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, buceo, motociclismo, rafting, motonáutica, u otro que se considere peligroso? SI NO <input type="checkbox"/> caso a <input type="checkbox"/> hativo detallar:												

BENEFICIARIOS:			
Nombre y Apellido	Tipo y N° de Documento	Dirección	Relación con el Asegurable
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

DECLARACION DE SALUD:			
El art. 5* de la ley de seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o reticente, aun hecha de buena fe, hace nulo el contrato.			
De acuerdo a su conocimiento:	NO	SI	OBSERVACIONES O AMPLIACIONES
1) ¿Goza de buena salud?			Indique Estatura: ..... Peso: .....
2) ¿Fuma?			Cantidad:
3) ¿Sufre de hipertensión? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión.			Niveles:
4) ¿Sufre de diabetes? En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión.			
5) ¿Sufrió en los últimos 3 años algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?			Detalles:
6) ¿Adolece de algún defecto, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?			¿Cuáles?
7) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?			Detalles:
8) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales?			¿Cuáles?
9) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante:			
10) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?			

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, no he padecido, ni me han sido diagnosticadas ninguna de las siguientes dolencias: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto hepatitis A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsias, Enfermedad de Alzheimer y SIDA.

En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada en el párrafo anterior, favor especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, duración del tratamiento y sus eventuales secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante, nombre del hospital o clínica y toda otra información adicional.

.....

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza.

El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeta a la aprobación de la solicitud por parte de SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, de acuerdo a los requerimientos de la Cooperativa. <b>Autorizo a SANCOR COOP. DE SEGUROS LIMITADA, a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.</b>	<b>V° B° Auditoria Médica:</b>  OBSERVACIONES:..... .. ..... .
--	---