

Contratante: Nº PÓLIZA:

Nombres del Asegurado Titular:

Tipo y número de documento: Fecha de nacimiento:

Ocupación / Profesión (Rubro y tareas que desempeña):

Todas las preguntas deben completarse y en caso de respuestas afirmativas agradecemos detallar

Estatura: <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/>	Presión Arterial: Máx: <input type="text"/> Min: <input type="text"/>		
			SÍ	NO
1) ¿Tomás algún medicamento de forma continuada (con excepción de tratamientos para alergias, colesterol, hipotiroidismo, infecciones respiratorias, dolor de cabeza, reflujo o protectores gástricos)? Indicar cuál (es): Desde cuándo:				
2) ¿Has sido intervenido quirúrgicamente o has tenido algún ingreso hospitalario? Indicar cuándo: Motivo:				
3) ¿Has estado impedido de trabajar por más de 2 semanas por enfermedad o accidente y/o has tenido bajas de menor duración repetidas durante un año? Indicar motivo: Fecha y duración:				
4) ¿Tenés alguna invalidez o está en un proceso de evaluación de incapacidad o invalidez? Indicar cuál: Desde cuándo:				
5) ¿Has tenido o tenés alguna enfermedad cardiovascular como hipertensión, alteración de las válvulas cardíacas, de las arterias coronarias, arritmias, infarto, accidentes cerebrovasculares? Indicar cuál y tratamiento: Fecha de diagnóstico:				
6) ¿Has tenido o tenés alguna enfermedad endocrina como diabetes o alteraciones hormonales, hepatitis, alteraciones del hígado o páncreas, enfermedad de Chron, mal de Chagas, enfermedades renales, enfermedades de próstata o aparato reproductor, colitis ulcerosa, inmunodeficiencias, o alteraciones del sistema inmunitario, enfisema, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Indicar cuál y tratamiento: Fecha de diagnóstico:				
7) ¿Has tenido o tenés alguna enfermedad neurodegenerativa como la esclerosis múltiple o esclerosis amiotrófica lateral o enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, esquizofrenia u de otro tipo? Indicar cuál y tratamiento: Fecha de diagnóstico:				
8) ¿Padeceís o padeciste en los últimos 10 años de cáncer, tumores, quistes, pólipos, leucemia u otra enfermedad de la sangre, epilepsia, convulsiones, desmayos, parálisis o hemiplejías? Indicar cuál y tratamiento: Fecha de diagnóstico:				
9) ¿Has tenido algún seguro de vida o salud rechazado o recargado en esta u otra compañía? Compañía: Motivo del rechazo o recargo:				
10) Nombre y teléfono de su médico de cabecera: MN				

Con expreso conocimiento de la Ley de seguros N° 17.418: Art.5: TODA DECLARACIÓN FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDA POR EL ASEGURADO AÚN HECHA 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 DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO.

Declaro que las respuestas son completas y verídicas y de haber tomado conocimiento de los riesgos no cubiertos y autorizo a Meridional Seguros S.A. a solicitar informes e historias clínicas acerca de mi salud a los médicos e Instituciones de Salud que me han asistido o que me asistan o examinen en el futuro, relevándolos del secreto médico profesional en cuanto se relacionen con este seguro de vida. Por la presente solicito ser incluido en la póliza del Seguro de vida colectivo de acuerdo a las condiciones de la póliza en poder del contratante.

Lugar y fecha:

Firma: Aclaración

