

| 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. 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. | V° B° Auditoria Médica: OBSERVACIONES:..... |
|--|---|