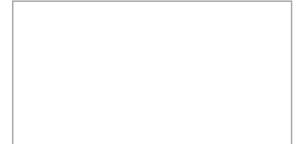


## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD REDUCIDA

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Cotización N° \_\_\_\_\_

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.



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**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 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 \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo al Banco de Seguros del Estado a solicitarme información personal y/o de salud al correo electrónico

Fecha

Firma de la persona cuya vida se asegura

Aclaración de firma

C.I.

Código serial

## DE USO INTERNO



EN BSE PODÉS CONFIAR TODA TU VIDA