



DIVISION SEGUROS DE  
PERSONAS

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
SALDOS DEUDORES  
DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**



NRO. POLIZA	NRO. DE REFERENCIA		
		SELLO DE ENTRADA SUCURSAL BANCO/ENTIDAD	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG

<b>TOMADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL CAJA FORENSE DE ENTRE RIOS											
	CUIT 3   0   -   5   4   1   5   0   6   5   2   -   3						PROFESIÓN/ACTIVIDAD			EMAIL		
	CALLE CORDOBA				NRO. 264/268				PISO		DTO.	
	COD. POSTAL 3100				LOCALIDAD PARANA				PROVINCIA ENTRE RIOS		TELEFONO 0343-4219128	

<b>ASEGURABLE</b>	APELLIDOS Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO DNI   LE   LC   CI				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
	COD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA		TELEFONO	
	EMAIL						NACIONALIDAD					

<b>TIPO DE CREDITO</b>	<input type="checkbox"/> PRESTAMOS Y PLANES DE AHORRO (Hipotecarios, Prendarios, de consumo, planes de ahorro, personales)	<input type="checkbox"/> LEASING	<input type="checkbox"/> DESCUBIERTOS (Descubiertos o adelantos en cuentas corrientes u otras aperturas de crédito)	<input type="checkbox"/> TARJETAS DE CREDITO Y COMPRAS
	MONTO:	PLAZO (MESES):		

**DEPORTES / ACTIVIDAD PROFESIONAL**

Realiza Ud. deportes, actividades o hobbies riesgosos como por ejemplo: jockey, saltos hípicos, bombero, piloto civil, aviación, buceo, motociclismo, automovilismo, espeleología, montañismo, motonáutica, navegación a vela, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, rafting, motonáutica, u otro similar que se considere peligroso?

NO  SI Detalle .....

<b>DECLARACION DE SALUD</b>	<b>El art. 5º de la ley de seguros Nº 17.418 establece que toda declaración falsa o reticente, aun hecha de buena fe, hace nulo el contrato.</b>		
	<b>De acuerdo a su conocimiento:</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
	Indique:	OBSERVACIONES O AMPLIACIONES	
	1) ¿Fuma?		Estatura: .....Peso: .....
	2) ¿Sufre de hipertensión? <b>En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Hipertensión.</b>		Cantidad diaria: Niveles:...../.....
	3) ¿Sufre de diabetes? <b>En caso de respuesta positiva completar el Formulario de Diabetes.</b>		
	4) ¿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:
	5) ¿Adolece de algún defecto, molestia física, incapacidad o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, sida o alguna otra afección?		¿Cuáles?
	6) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?		Detalles:
	7) ¿Tiene usted alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales?		¿Cuáles?
8) Si Usted está en tratamiento, proporcionar detalle del mismo y mencione nombre y dirección del médico tratante:			
9) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como receptor?			
<p>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, Ulceras Gástricas, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsias, Enfermedad de Alzheimer y/o SIDA.</p> <p><b>En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada o no 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</b> .....</p>			
<b>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 esta solicitud</b>			

**IMPORTANTE:**  
En Función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde establecer plazos de carencias, pedir exámenes médicos adicionales o rechazar la misma.

**RIESGOS NO CUBIERTOS**  
La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:  
a) Suicidio voluntario del asegurado, salvo que su Certificación Individual hubiera estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo.  
b) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.  
c) Si resulta de la participación del asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.  
d) Hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las partes se registrarán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.  
e) Actos de terrorismo, cuando el Asegurado sea partícipe voluntario

Con expreso conocimiento de la siguiente disposición, de la Ley de Seguros Nº 17418: Art. 5- «TODA DECLARACIÓN FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO AUN HECHAS DE BUENA FE, QUE A JUICIO DE PERITOS HUBIESE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES, SI EL ASEGURADOR HUBIESE SIDO CERCORADO DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO», declaro asimismo, en mi nombre en el de cualquier otra persona que tenga interés en cualquier póliza que a consecuencia de esta propuesta se emita, que la totalidad de las respuestas dadas a su cuestionario son completas y verídicas y constituyen la condición de validez de este seguro con la Aseguradora. Declaro asimismo haber tomado conocimiento de los riesgos no cubiertos y autorizo la Cia. de Seguros 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 profesional en cuanto se relacione con este seguro de vida.

LUGAR: .....	..... FIRMA DEL ASEGURABLE (CLIENTE)	..... FIRMA DEL TOMADOR (GERENTE DE LA SUCURSAL)
FECHA: ...../...../.....	..... ACLARACION DE FIRMA	..... ACLARACION DE FIRMA