

**Italia 235-Cipolletti**  
**(8324) Rio Negro-Argentina**  
**Tel: 2996358229**  
**Correo: caja@cpcerionegro.org.ar**



## **Cuestionario de salud del asegurado**

Las siguientes declaraciones las efectúa al Asesor como parte integrante de la propuesta del seguro, actuando simplemente como testigo, previa lectura por ambos, de la siguiente disposición de la Ley N°17.148 (Ley de Seguros) Art. 5-“Toda declaración falsa o 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 cerciorado del verdadero estado del riesgo hace nulo el contrato”.

**Nombre completo del asegurable:**

**Solicitud:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Ocupación o actividad:**

Lea atentamente las preguntas y conteste sin omitir respuesta. Luego usted podrá firmar al pie de la declaración.

**Sírvase indicar:**

**Edad:**

**Peso:**

**Estatura:**

**Presión arterial:**

Responda SI o NO en cada casillero:

¿Tiene trastornos en la visión?

Sí  No

En caso afirmativo completar:

Origen de esos trastornos oculares:

.....  
 .....

¿La acuidad visual de alguno de sus ojos es inferior o igual a 3/10" sin corrección?

Sí  No

Graduación de los lentes:

Ojo izquierdo:.....  
 Ojo Derecho:.....

¿Se encuentra actualmente sin trabajo?

Sí  No

¿Desde qué fecha? .....  
 Motivos: .....

¿Fue usted exceptuado del servicio militar?

Sí  No

¿Por qué motivos?.....  
 .....

¿Está usted actualmente embarazada?

Sí  No

¿De cuantos meses?

.....  
 .....

¿Sigue algún tratamiento en particular?

Sí  No

¿Cuál?.....  
 .....

Durante los últimos 5 años,  
 ¿Debió usted interrumpir su trabajo por más de 30 días consecutivos?

¿Por qué motivo?.....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Fechas:.....

.....  
 .....

¿Por más de 90 días en un mismo año?

.....  
 .....

.....  
 .....

**Italia 235-Cipolletti**  
**(8324) Rio Negro-Argentina**  
**Tel: 2996358229**  
**Correo: caja@cpcerionegro.org.ar**



¿Consulto a, o debió ser hospitalizado por: -un servicio médico? -un servicio de cirugía? -un servicio neuropsiquiátrico?	¿Por qué motivos?..... ..... .....	¿Cuándo?..... ..... .....
¿Fue usted sometido a: -una intervención quirúrgica? -un tratamiento de radioterapia? -un tratamiento de quimioterapia o inmunoterapia? -una transfusión sanguínea? -una prueba HIV?	¿Por qué motivos?..... ..... ..... Positivo <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	¿Cuándo?..... ..... .....
¿Padece usted o padeció de: -enfermedades del sistema nervioso o depresiones? -trastornos cardíaco, vasculares o broncopulmonares? -enfermedades oseas, articulares o reumatismos? -enfermedades digestivas, renales o sanguíneas? -hepatitis virósica (excluyendo la hepatitis A)? -hipertensión arterial? -trastornos metabólicos (diabetes, colesterol, triglicéridos)? -infecciones como consecuencia de una inmunodeficiencia adquirida?	¿Naturaleza?..... ..... .....	¿Cuándo?..... ..... .....
¿Padece de alguna enfermedad crónica?	¿Naturaleza?.....	¿Desde cuándo?.....
¿Se encuentra usted bajo tratamiento médico?	¿Naturaleza?.....	¿Desde cuándo?.....
¿Padece de alguna incapacidad? ¿Presenta secuelas de accidentes o enfermedades?	¿Naturaleza?..... .....	¿Desde cuándo?..... .....
¿Es usted titular de una renta por invalidez, de un beneficio de accidente de trabajo o enfermedad profesional? (en caso afirmativo adjuntar certificados)	¿Naturaleza?..... .....	¿Desde cuándo?..... .....
¿Ha sido usted informado que en los próximos meses deberá someterse a: -exámenes médicos de laboratorio? -otros exámenes? -tratamiento? -internación y/o intervención quirúrgica?	¿Por qué razones? ..... .....	
¿Ha presentado anteriormente otra solicitud de seguro de vida? En caso afirmativo: ¿Fue aceptada con extra prima? ¿Fue aceptada con alguna exclusión? ¿Fue postergada? ¿Fue rechazada?	¿Por qué razones? ..... .....	

**Declaro haber leído y comprendido cada una de las preguntas formuladas y respondido en forma completa y sincera. Certifico no haber ocultado nada que pueda influir a Caja Previsional en la correcta apreciación del riesgo y relevo del secreto profesional a los médicos que me han asistido.**

**Lugar y fecha:.....**

**Firma del asegurable:**

**Firma del asesor:**