



DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Uso interno BSE - N° incidencia Jira: _____

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, para evitar la nulidad del seguro (Art. 46 Ley 19678).



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha de nacimiento

ANTECEDENTES FAMILIARES

Parentesco	Edad	Estado de salud	En caso de fallecimiento	
			Edad	Causa
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____

PESO

_____ kg

Aumento de peso Sí No Rebaja de peso Sí No

Causa _____ Causa _____

¿Cuánto? _____ ¿Cuánto? _____

ALTURA _____ mt PRESIÓN ARTERIAL Máximo _____ Mínimo _____ Fecha

EXÁMENES REALIZADOS

Marque los exámenes que se haya realizado e indique su resultado. En caso que el resultado difiera de valores normales, amplíe información. En caso de ausencia de marca o mayor información, se considerará que el examen nunca fue realizado o que su resultado fue normal, según corresponda.

	Causa	Resultado	Fecha
Análisis de sangre <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>
Análisis de orina <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>
RX de tórax <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>
E.C.G. <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>
Biopsia <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>
Otros <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="text"/>

Si no imprime este formulario doble faz, sírvase incluir fecha y firma también en esta página.

Fecha C.I. _____ Código serial _____

Firma de la persona cuya vida se asegura _____ Aclaración de firma _____

INDIQUE SI EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS HA CONSUMIDO

		<u>Cantidad</u>	<u>Frecuencia</u>
Alcohol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Tabaco	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Drogas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

¿Ha recibido en alguna oportunidad transfusión de sangre o sus derivados? Sí No

¿Causa? _____ Fecha

¿Ha sido alguna vez rechazado como donante? Sí No

¿Causa? _____

¿Ha estado internado en Sanatorio, Hospital u otra Institución para observación, tratamiento u operación? Sí No

¿Causa? _____ Fecha

¿Causa? _____ Fecha

¿Causa? _____ Fecha

¿Se le ha indicado someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? Sí No

¿Causa? _____ Fecha probable

¿Ha sido rechazado por otra Aseguradora al momento de querer contratar algún seguro de vida? Sí No

¿Causa? _____ Fecha

¿Actualmente Ud. está recibiendo algún tipo de medicamento y/o tratamiento? Sí No

¿Causa? _____ Fecha

¿Consultó algún médico u otro servicio de salud para tratamiento médico o quirúrgico o para consejo

sobre alguna condición o enfermedad en el último año? Sí No

¿Causa? _____ Fecha

ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique si ha tenido alguna de las patologías indicadas

A Trastornos depresivos, psicológicos, nerviosos y/o psiquiátricos: Sí No

B Accidente vascular encefálico, parálisis, convulsiones, cefaleas, mareos, vértigo, etc.: Sí No

C Hipertensión arterial, enfermedades del corazón y sistema venoso (ej.: varices): Sí No

D Tos, expectoración persistente, bronquitis, asma, tuberculosis u otras enfermedades del sistema respiratorio Sí No

E Enfermedades o alteraciones del aparato digestivo, ej. Úlceras gástricas o duodenales, hemorragia digestiva, hepatitis: A, B, C, celiacía, gastritis, etc.: Sí No

F Cólicos nefríticos, afecciones renales, etc.: Sí No

G Hiper o hipotiroidismo, diabetes u otras: Sí No

H Alergias, dermatitis, úlceras, soriasis, erisipela, etc. Sí No

I Enfermedades de la sangre (ej.: anemia, trastornos de la coagulación, etc.): Sí No

J H.I.V., sida, sífilis u otras patologías de transmisión sexual: Sí No

K Tumores de alguna clase (ej.: cáncer, pólipos, quistes): Sí No

La firma debe ser igual a la del documento de identidad adjunto.

Fecha

Nombre completo _____

Firma persona cuya vida se asegura _____

L Sistema locomotor: problemas traumatológicos o reumáticos: deformaciones, amputaciones, limitaciones en la movilidad. Dolores musculares o articulares. Lumbalgias. Secuelas de cirugías realizadas ya sea por accidentes o por enfermedades previas: Sí No

M Sistema de visión, audición y equilibrio:
Uso de lentes, miopía, astigmatismo, etc.
Disminución de la audición uni o bilateral, uso de audífonos, mareos y/o vértigos: Sí No

Responder la que corresponda de las 2 preguntas siguientes

N _____ Enfermedades de próstata Sí No

O _____ Patología de mama, ovario y/o útero: Sí No

_____ ¿Está embarazada?: Sí No

_____ Sírvase indicar el número de embarazos _____

_____ Sírvase indicar el número de cesáreas _____

_____ ¿Tuvo parto/s normal/es?: Sí No

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

¿Tiene o tuvo alguna otra patología que no haya sido considerada en los apartados indicados desde A hasta O? Sí No

Detalle

AUTORIZACIÓN 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.

Si no imprime este formulario doble faz, sírvase incluir fecha y firma también en esta página.

Fecha C.I. _____ Código serial _____

Firma de la persona cuya vida se asegura _____ Aclaración de firma _____

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 <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>	Motivo de egreso
Nombre del médico tratante de la Institución	
Nombre de la Institución	Número de Afiliado
Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>	Motivo de egreso
Nombre del médico tratante de la Institución	
Nombre de la Institución	Número de Afiliado
Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>	Motivo de egreso
Nombre del médico tratante de la Institución	

AUTORIZACIÓN CORREO ELECTRÓNICO

En el proceso de suscripción el Banco de Seguros del Estado podrá solicitarme información de carácter sensible y personal de acuerdo a lo declarado y/o exámenes realizados (estudios específicos, informes médicos, formularios patológicos, etc.).

Para mantener la confidencialidad de mi estado de salud, autorizo al BSE a comunicarse al correo electrónico:

Personal Otro mail (opcional)

En caso de brindar un correo electrónico de un tercero, el BSE asume que está en conocimiento y de acuerdo que se conocerá aspectos personales y sensibles de su salud.

Tanto el asegurado/contratante como el BSE aceptan la validez de la información que se intercambie a través de la casilla de correo electrónico declarada en este formulario; se exceptúan la designación o modificación de beneficiarios.

La firma debe ser igual a la del documento de identidad adjunto.

Fecha

Firma de la persona cuya vida se asegura Aclaración de firma

C.I. Código serial

DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Vistas las características y condiciones del riesgo, no tengo observaciones que formular a la precedente información.



EN BSE PODÉS CONFIAR TODA TU VIDA