



DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD REDUCIDA

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 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

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

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

¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma o enfermedad que no haya sido mencionado en este formulario por la cual haya o no consultado a un médico? Sí No

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 <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 _____	

La firma debe ser igual al documento de identidad adjunto.

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

C.I. _____ Código serial _____

AUTORIZACIÓN CORREO ELECTRÓNICO

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

Fecha

La firma debe ser igual al documento de identidad adjunto.

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