

COBERTURA: El presente seguro garantiza que, de producirse el fallecimiento o incapacidad total y permanente del Deudor Asegurado, la CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES PARA MEDICOS DE LA PCIA. DE SALTA, en carácter de Tomador percibirá el saldo no vencido del capital asegurado.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaro, en mi nombre, que los datos vertidos en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, y reconozco que la presente tiene carácter de declaración jurada.

Firma _____

CONTRATANTE:

CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES PARA MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

ASEGURADO:

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ LUGAR: _____ CP _____

DNI: _____ CUIL: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

PROFESIÓN: _____ EDAD: _____

SEXO: M / F ESTADO CIVIL: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades abajo detalladas? Marque en SI o NO según corresponda:

DOLENCIA	SI	NO	DOLENCIA	SI	NO
ACIDEZ, ÚLCERA O DOLOR DE ESTOMAGO			OPRESIÓN O PALPITACIONES CARDÍACAS		
SUDORACIONES Y/O FIEBRE NOCTURNA PERSISTENTES			ASMA O FATIGA RESPIRATORIA		
ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS			RONQUERA PERSISTENTE		
CÓLICOS INTESTINALES			GANGLIOS INFLAMADOS O HINCHADOS		
SANGRE EN LA ORINA			CONVULSIONES O TEMBLORES		
HINCHAZÓN DE PIERNAS			TOS PERSISTENTE/ ESPECTORACIONES CON SANGRE		
DEPOSICIONES CON SANGRE/ VÓMITOS CON SANGRE			ICTERIAS		
TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES			DESMAYOS		
HEPATITIS B, ULCERACIONES/SECRECIONES GENITALES			DOLORES ARTICULARES		
DIARREAS FRECUENTES O CRÓNICAS			ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
DOLORES DE CABEZA O MAREOS PERSISTENTES			HIPERTENSIÓN ARTERIAL		

Responda las siguientes preguntas:

1.- ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? SI NO

2.- ¿Ha disminuido o ha aumentado de peso en el último año? SI NO

3.- ¿Adolece algún defecto físico? SI NO

4.- ¿Es fumador? SI NO

5.- ¿Está actualmente bajo algún tipo de tratamiento médico? SI NO

6.- ¿Goza de buena salud? SI NO

7.- ¿Ha padecido alguna enfermedad no detallada anteriormente? SI NO

7.1.- En caso positivo, aclarar cuál _____

8.- ¿Ha estado internado en algún sanatorio? SI NO

8.1.- En caso afirmativo aclarar cuándo y por qué motivo _____

FIRMA

ACLARACIÓN