

# DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURABLE

## SEGURO COLECTIVO



Federada Cía. de Seguros S.A.  
C.U.I.T.: 30-71248474-4 - Matrícula SNN: 0874  
Casa Central: Av. L. Alem 822 Piso 1 - CP. 1001  
Ciudad Autónoma de Bs. As. - Tel.: (011) 45086060

Todas las manifestaciones explicitadas en la presente, son de uso confidencial e interno de Federada Compañía de Seguros S.A., a los fines de la suscripción del presente riesgo. Dicha información no será facilitada a ningún otro ente o persona aunque así lo requiera.

### DATOS MEDICOS

Peso	Estatura	¿Tensión arterial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Máxima	Mínima	<i>Si la desconoce, marque con una X.</i>
------	----------	---	--------	--------	---

### Marque con una cruz lo que corresponde:

1.-	¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, detallar cantidad diaria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2.-	¿Usted fuma? En caso afirmativo, detallar cantidad diaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3.-	¿Ha gozado de licencia por enfermedad en su trabajo o debido abandonar temporariamente sus tareas por cuenta propia en el último año? En caso afirmativo, detalle motivos y tiempo de la licencia o abandono de tareas habituales.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.-	A su saber y entender, ¿Usted adolece de algún defecto y/o molestia física y/o enfermedad? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5.-	¿Ha sufrido algún accidente, intervención quirúrgica y/o hospitalización en los últimos diez años? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6.-	A su saber y entender ¿Usted padece, padeció o ha recibido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos, angina de pecho, arritmias, etc.), psiquiátricas, depresión, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares y/o alguna otra afección de importancia hasta la fecha? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7.-	¿Padece o padeció de diabetes, gota, cáncer, tumores, el complejo de enfermedades derivadas del SIDA o exámenes con resultados positivos del virus HIV y/o alguna enfermedad infectocontagiosa? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8.-	¿Está en tratamiento actualmente por algún motivo o ingiere alguna medicación en forma habitual? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, fecha de ocurrencia, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
9.-	¿Posee algún Seguro de Vida? En caso afirmativo ¿en qué compañía y por qué monto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
10.-	¿Alguna vez se le rechazó una solicitud de Seguro de Vida? Indique en qué compañía y cuáles fueron las causas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
11.-	Profesión u ocupación (describa las actividades que realiza).		
12.-	Tratándose de mujer: ¿Ha tenido problemas en sus embarazos y/o partos o enfermedades propias de la mujer? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
13.-	Si Ud. está embarazada: a) ¿de cuántos meses se halla?		
	b) ¿tiene problemas en la gestación? En caso afirmativo, detalle diagnóstico, tratamiento, secuelas y estado actual.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Autorizo a Federada Compañía de Seguros S.A. a solicitar las ampliaciones a la Declaración Jurada de Salud que considere necesarias, tanto al suscripto como a los médicos que me atiendan en el presente y/o me hayan atendido en el pasado. **La cobertura no entrará en vigor hasta tanto la presente Declaración sea recibida por la Compañía Aseguradora y la misma acepte el riesgo.**

### Por la presente declaro:

1º) Que la información que he dado es completa y verídica y que, cualquier error, simulación o fraude en que hubiere incurrido hará perder a mí y los miembros de mi familia, todo derecho a indemnización, sin perjuicio de la responsabilidad legal que me corresponda.

2º) Que autorizo en mi nombre y en nombre de los miembros de mi familia detallados anteriormente, a médicos, especialistas, hospitales, sanatorios, clínicas, etc., a suministrar a FEDERADA SEGUROS S.A., todas las informaciones que esta requiera y ellos pudieran disponer sobre mi historia clínica, estado de salud, tratamientos instituidos, etc.

Lugar

Fecha

Firma y aclaración Asegurable