



INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500
www.institutoasegurador.com.ar

DECLARACION JURADA DE SALUD

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre y Apellido: _____	Fecha nacimiento: _____	D.N.I.: _____
Calle: _____ N° _____	Piso: _____ Dpto: _____	Cod Postal: _____ Localidad: _____
Teléfono: _____	Fax: _____	Email: _____
Obra Social: _____	ART: _____	FUMA: _____
Oficio u Ocupación Principal: _____		
Actividad de la empresa en la que se desempeña: _____		
Enuncie actividades de riesgo que realiza: _____		

Peso Actual: _____ Altura: _____ Presión Arterial: _____ Sexo: _____

Padece o ha padecido de alguna enfermedad?

(detalle cuál, desde cuándo, si se encuentra bajo tratamiento y los datos completos del médico tratante)

Padece, ha padecido o le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades? En tal caso Indique cuál.

(Sistema cardiovascular, Hipertensión, Diabetes, Sistema nervioso, Epilepsia, Ulcera, Gastritis crónica, Enfermedades del pulmón, del hígado, del riñón, de próstata, del aparato genital, cáncer, tumores, trastornos mentales, venéreas, adicciones al alcohol, a la droga, SIDA HIV)

Ha sufrido Ud. algún accidente, herida u operación quirúrgica?

(indique en qué consistió, consecuencias, datos completos del sanatorio y médico que lo atendió)

Posee Ud. alguna discapacidad física o psiquiátrica?

(amputaciones, pérdida de la visión, epilepsia, etc.)

Esta bajo tratamiento médico?

(quién es el médico de consulta, de qué lo ha atendido y cuándo)

Actualmente el Asegurado esta sano?

Autoriza al Instituto a solicitar informes acerca de su salud a médicos e instituciones que lo han asistido?

Relevo del secreto profesional, en cuanto se relacione con este Seguro, a los médicos que me han examinado, que me asisten actualmente o lo hagan en el futuro.

Completo la presente Declaración Jurada de Salud como requisito para ser incorporado en la póliza contratada por el Tomador declarando expresamente que entre ambas partes no existe relación laboral alguna.

Lugar y Fecha: _____

ASEGURADO: Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____

CONTRATANTE: Nombre y Apellido: _____ DNI _____ Firma: _____