SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DECLARACION JURADA DE SALUD

¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente? (Completar con Si o NO):

a) Enfermedade del ústrema nervisor. Mares, withou postrayos, conditiones delipsia, padális, perdida de concomiento, prodienas nervisoras, enfermedades mentales, diores de caloras nervisoras, enfermedades mentales, diores de caloras o sistema revisora (culles?* Enfermedade de la cabraca o sistema repristorio con entre del mentales, discretifica plauvida, pulmonia, escuto con sariga, patrollis, silicario, faminio al caninar o cualquire orio entermedad de les palmanes o sistema repristorio con sarigamente del conzatio o alei sistema circulatorio en entermedade de les palmanes o sistema repristorio con sariga, patrollis, silicario, faminio al caninar o cualquire orio entermedade del sistema dispessivo e intersimal controllistorio del permissi o cualquire orio entermedade del sistema dispessivo e intersimal controllistorio, perdo, apendos, lingualo pristoria, producta, indicio o visio intersimal controllistorio, recto, apendos, lingualo pristoria, pristoria, producta, compissioni, directo, controllistorio, recto, apendos, lingualo pristoria,	finima: Desde hace cuantos años? Desde hace cuantos años años años años años años años añ				
dolores de cabeza severes, encetalitis o clasiquer à laque o entermedad de la cabeza o sistema nervioso ¿Cuáles?: Cuáles son sus cifras de teristin arterial?: Cu	finima: Desde hace cuantos años? Desde hace cuantos años? or día fumaba stra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad	Datos adicionales	SI NO	 a) Enfermedades del sistema nervioso Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, 	
Enfermedades del soltema respiratorio Di Enfermedades del sistema respiratorio Anna, enlisema, l'ebère alta, tos crónica, pieuresia, pulmonia, esputo con sangre, tuberculoss, silicissis, carasanco al caminar o cualquier orta enfermedad dels pulmones osibiers en esperatorio relete reuntatica, arginia, miletita o ablotes en el pecho, sopilos al coración, particulario, miletita o diblotes en el pecho, sopilos al coración, particulario, miletita o diblotes en el pecho, sopilos al coración, particulario, miletita o diblotes en el pecho, sopilos al coración, particulario, consignación, diarresa, cólicos, sangrados recela o anal, o catalguer otra referendad en el estoriago, intestino, reccto, apendice, finado rifepatitis A, B, C, instituciona, sindicario del permas o cualquier otra referendad en el estoriago, intestino, reccto, apendice, finado relegatitis A, B, C, instituciona, sindicario del permas o cualquier otra referendad en el estoriago, intestino, reccto, apendice, finado relegatitis A, B, C, instituciona del la seguipa, protostara, rinón o vias urinarias, presencia de albaminia, azuicar o sangre en la comi en lifenta, circulario, artiris, reunidarno, artiros, l'economica de la sangre anticona de la sangre anticona de contra enfermedad de la verigia, hemoritias, alteraciones de la coaquilación, manches rojas en la pici, hemorriaga speciatente, leucemias o cualquier enfermedad de la singrie. Processos cancerosos Carces, quotes malginos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la singrie. Processos cancerosos Carces, quotes malginos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la singrie. Processos cancerosos Carces, quotes malginos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la singrie. Processos cancerosos Carces, quotes malginos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la singrie. Processos cancerosos Carces, quotes malginos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la conzola de la finada y la publica conso de sus gibrios, conso para la consola de la mancha de la c	finima: Inima:	¿Sufre de Arteroescle			
Enfermedades del sistema respiratorio Acma, enferena, febre alta, tos cronca, pleuresia, pulmonia, esputo Indique tratamiento actual: Indique tratam	Ifinima: Desde hace cuantos años? or día fumaba utra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dises? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad	¿Sufre de Hipertensió		enfermedad de la cabeza o sistema nervioso ¿Cuáles?:	
Infermedades del sistema respiratorio Asma, enfisema, fiche alta, tos criticas, pluresia, pulmonia, esputio con sarger, tubercitosis, silicosis, cansancia al carninar o cualquier or tendemedad del so plurinneso sistema respiratorio	Desde hace cuantos años? or día fumaba itra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad r padeciendo o haber padecido alguna r	¿Cuáles son sus cifras			
Asma, enfoema, febre alta, tos crónica, pleuresia, pulmonia, esputo on sanger, tuberculoss, silicos, carsarios al carimar o cualquer otra enfermedade de los pulmones o sistema respiratorio Enfermedades del corazón o del sistema direutatorio Enfermedades del corazón del sistema direutatorio Enfermedades del sistema digestivo e intestinal Usora o sistema circulatorio Enfermedades del sistema digestivo e intestinal Usora o sistema circulatorio Enfermedades en dispositivo e intestinal Usora o sistema circulatorio Enfermedades en dispositivo e intestinal Usora o sistema circulatorio Enfermedades en dispositivo e intestinal Usora o sistema circulatorio una dispositivo e interimentale del estomago, intestino, concio apedicine, inspido (Repatria A. B. C.) Insuficienza de lestomago, intestino, concio andi o cualquier o dispositivo e interimentale del estomago, intestino, concio andi o cualquier o dispositivo e interimentale dispos	or dia fumaba Itra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. In su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad r padeciendo o haber padecido alguna r	Máxima:		Commende des del determina mentione de	
fiebre reumática, angina, molestas o dolores on el pecho, soplos al coración, palitricardo de piemas o cualquier otra enfermedad al corazón os sistema circulatorio Enfermedades del sistema digestivo e intestinal Ulcera gistrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, cortecto, pederde, rispado (Repatitàs el Estomago, cortecto, pederde, rispado). Enfermedades de la sangre Procesos cancerosos Cancer, qualte malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza de la singliandulas endocrias • Vainces, flebits, úlceras varicosas o hernias de cualquier enfermedad de las giandulas endocrias • Vainces, flebits, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo • Enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta • El Sindrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA • Alguna otra enfermedad o sintoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud, pose economiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por lavor indique de cuántos mueses Si Ud, pose economiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por lavor indique de cuántos mueses Si Ud, pose economiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitu	or dia fumaba Itra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. In su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad r padeciendo o haber padecido alguna r	Indique tratamiento a		ma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo n sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o cualquier	
corazion, palpitaciones, hinchazion de piemas o cualquier otra de infermedad al corazion o sistema diricultativo Enfermedades del sistema digestivo e intestinal Ulcira gastrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados recta) anal, o cualquier ora enfermedad del estomago, intestino, crecto, apendice, higado Ulepatris A, B, C, insuficiencia Hepática u otras Hepátocials, vecicula, portexa o bazo o tras enfermedad del estomago, intestino, protata, rinho o vais urinantias, presencia de abbumina, azucar o sangre en la orina Enfermedades sosa o musculares Gotta, artifis, rerumatismo, articosis, lesiones traumáticas o cualquier o de tenemedad del calcinada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Enfermedades de la sangre Anemia, hemofia, atteraciones de la coaquilación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad del la sangre Procesos cancervoso Cancer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza Procesos cancerosos Cancer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo Enfermedade los ojos, oidos, nariz o garganta El Sindidome de Immuno Delicionica Adquirida (SIDA). Complejo Enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta El Sindidome de Immuno Delicionica Adquirida (SIDA). Complejo Enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta El Sindidome de Immuno Delicionica Adquirida (SIDA). Complejo Enfermedad de los ojos, oidos, sariz o garganta El Sindidome de Immuno Delicionica Adquirida (SIDA). Complejo o remais linicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento Enfermedado el sintoma no indicados ¿Cuales? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: Protationa de estar embarazada a la fecha de la presente soli	or dia fumaba Itra el cigarrillo: o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. In su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades do de parentesco, si están vivos y edad r padeciendo o haber padecido alguna r	¿Es Ud. Fumador?		Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas o cualquier otra	
Informedades del sistema digestivo e intestinal y durante cuántos años? Indique tratamiento actual contra el cigarillo: recta o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, contros, apéndice, ligidad (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatas), vesícula, páncreas o bazo Enfermedades renales Nembrits, cácilo en el infión, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, rinón o vias unnarias, presencia de albúmina, azucar o sangre en la orino, a ritros, presencia de albúmina, azucar o sangre en la orino en el infión, o cualquier otra enfermedad con las articulaciones, columna, huesos, músculos o exterenidades Seas o musculares Gota, artifis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad realconada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o exterenidades La sangre Anema, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la pie, hemorrogias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad La sangre Anema, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la pie, hemorrogias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre Acmenta, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la pie, hemorrogias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre Acmenta, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la pie, hemorrogias persistentes, leucemias o cualquier enfermedad de la sa diandulas endocrinas Varices, fliebits, úlcens varicosas o hemias de cualquier enfermedad de la sa diandulas endocrinas Varices, fliebits, úlcens varicosas o hemias de cualquier itipo Enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta Tratándose de mujer. Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta Tratándose de mujer. Tiene Ud. conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: Valquina otra enfermedado o sintoma no indicados ¿Cuáles?	o médico ños? dicar dosis y frecuencia dies? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad				
rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, utoras repatopatias), vesicula, páncreas o bazo Enfermedades renales Meritis, Cálculo en el rinón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, rinón o vias urinarias, presencia de albúmina, azúcar o asangre na la oria, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedades óseas o musculares Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedade de laciandad on las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Enfermedades de la sangre Enfermedades de la sangre Enfermedades de la sangre Influence de la sangre Enfermedades de la sangre Enfermedades en contra enfermedad en la sangre Influence de la sangre Enfermedades en contra enfermedad en la sangre Influence de la sangre Enfermedades en contra enfermedad en la sangre Influence de la sangre Enfermedades en contra en entre de la cualquier otra enfermedad de la sangre Influence de la sangre Influence de la sangre Enfermedades en contra en entre entre entre entre entre entre en la las glandulas endocrinas Vainces, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier enfermedad de la cualquier enfermedad de la cualquier enfermedad en las glandulas endocrinas Enfermedades en la superior en entre	o médico ños? dicar dosis y frecuencia áles? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	Si dejó, ¿Cuántos ciga y durante cuántos añ		Enfermedades del sistema digestivo e intestinal	
Enfermedades renales Nefritis, cálculo en el ririón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, ririón o vias urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina Le practicar o durante los últimos cinco (5) años? ¿Desde que fecha? ¿Desde que fecha? ¿Desde que fecha? ¿Por que? ¿Qué medicamentos toma? Indicar dosis y frecuencia otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Alemoragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado) Procesos cancerosos ¿Cancer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza ¿Cuál es su estatura? mts. ¿Cuál es su peso actual? kg. ¿Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de sucición, insania, geilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento Enfermedad de los ojos, cidos, nariz o garganta El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Procesos cancer de la enfermedad de los ojos, cidos, nariz o garganta El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Procesos cancer de la enfermedad de los ojos, cidos, nariz o garganta Procesos cancer de la enfermedad de lotre, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad el útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad el útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad el útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad el útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad el útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido el misultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado	dicar dosis y frecuencia áles? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	Indique tratamiento a		tal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino,	
próstata, rinôn o vias urinarias, presencia de albúmina, azúcar o professangre na la orina Enfermedades óseas o musculares Gotta, artrifis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Enfermedades de la sangre Anema, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemoragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre Procesos cancerosos Cancer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza das glandulas endocrinas • Várices, filebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier enfermedad de las glandulas endocrinas • Várices, filebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo • Enfermedad de los ojos, oidos, nariz o garganta • El Sindrome de Immuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA • Alguna otra enfermedad do sintoma no indicados ¿Cuáles? Enfermedad de los ojos, oridos, nariz o garganta oriente de de cualquier de las presente solicitud, por favor indique de cuantos meses: Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad de lutero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuantos meses: Contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad de lutero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuantos meses: Contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad de lutero, ovarios o mamas? Enfermedad de lutero, ovarios o mamas? Fratandose de mujer: Ziene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad de lutero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuantos meses: PORTANTE: En función de los	áles? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Está o estuvo bajo tr durante los últimos ci		fermedades renales	
Enfermedades óseas o musculares Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Enfermedades de la sangre	áles? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Desde que fecha?		próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o 📖 🗀	
Gota, artriis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades Enfermedades de la sangre Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorrajas persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre	áles? (Indique su resultado) ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Por qué?		3	
Anemia, hemorfalia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier enfermedad piel, facilitativa per a concernante de los concimiento de que en su familia haya habido casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento • Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta • El Síndrome de Immuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA • Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? **Tatándose de mujer: ¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: **Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI IPPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicomposición del grupo familiar a asegurar:	ts. ¿Cuál es su peso actual? kg. n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Qué medicamentos		ta, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier a enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos,	
Otras enfermedades Bocio, colesterol elevado, sifilis, diabetes o cualquier enfermedad de las giándulas endocrinas Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: Contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección del insultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI IPPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicomposición del grupo familiar a asegurar:	n su familia haya habido casos de diabetes, tuberculosis, enfermedades lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Le practicaron estud		emia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la I, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad	
Otras enfermedades Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de las glándulas endocrinas Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: Contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de la ensultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI PRORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la soliciomposición del grupo familiar a asegurar:	lo de parentesco, si están vivos y edad	¿Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de			
El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de lonsultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI MPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitar informes del grupo familiar a asegurar:	r padeciendo o haber padecido alguna	corazón o renales? Inc		Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de	
• El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA • Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de lonsultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI IPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitorio del grupo familiar a asegurar:	r padeciendo o haber padecido algunaamas?			/árices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo	
Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? Si Ud. posee conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas? Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de la nsultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI IPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitar informes del grupo familiar a asegurar:	r padeciendo o haber padecido alguna amas?			infermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta	
• Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? ———————————————————————————————————	'dilid5!	ene Ud. conocimiento		El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA	
Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI PORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitar informes de su salud y revelación del grupo familiar a asegurar:	ar embarazada a la fecha de la presente ntos meses:	Jd. posee conocimient		 Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles?	
MPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la soli	uido y resultado. Nombre y dirección de los médic una mejor apreciación del riesgo:	nedad, fecha, tratamie cualquier otro dato qu	mbre de la e omo así tam	esta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse no ados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas,	
MPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la soli					
omposición del grupo familiar a asegurar:	nédicos que le han atendido? SI NO	ı del secreto profesion	salud y reve	iza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de s	
	licos adicionales, aplazar o rechazar la solicitud.	rresponde pedir exám	determinar	ANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médic	
				osición del grupo familiar a asegurar:	
	cimiento (dd/mm/aaaa) Vínculo con el solicitant	Sexo F/M			
	. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	



Lugar y Fecha de Emisión	
	Firma y Aclaración