



**FEDERACION PATRONAL  
SEGUROS S.A.**

Form. 18-F003-DSB

**18**  
VIDA COLECTIVO

**Declaración de Salud  
y Designación de Beneficiarios del Solicitante**

Las siguientes declaraciones las efectúa el solicitante previa lectura de la siguiente disposición contenida en el artículo 5º, párrafo 1º de la Ley de Seguros Nº 17.418, que dice: "Reticencia - Concepto. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurador aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

**Contratante**

**Cliente Nº**

**Datos personales del asegurado**

Apellido y nombres completos			Sexo
Fecha de nacimiento	Lugar	Domicilio	Estado Civil
Ocupación			
Fecha de ingreso	Tareas que realiza	Ingreso mensual (fijo o promedio)	
Lugar de trabajo	Estable o temporario	Horario que cumple	
Ausencia en los últimos 2 años	Causa		

**ANTECEDENTES CLINICOS Por favor complete todos los puntos (del 1. al 13b.):**

1. ¿Es diestro o zurdo? 2. ¿Adolece de algún defecto físico? 2a. ¿Cuál?

3. Causas de intervenciones quirúrgicas o accidentes 3a. Fechas 3b. Consecuencias

4. ¿Qué enfermedades ha sufrido? 4a. Fechas 4b. Consecuencias

4c. Estado de salud actual 5. Peso Kgs. 5a. Estatura Mts.

6. Últimos análisis practicados 6a. Fechas 6b. Resultados

7. ¿Está bajo tratamiento médico? SI  NO   
7b. Causa 7b. Fecha desde 7c. Medicamento y dosis diaria

8. ¿Ha fallecido o padecido alguien en su familia (padres naturales, hermanos o hermanas) de una enfermedad del corazón, diabetes, apoplejía, cáncer, tuberculosis o enajenación mental? SI  NO

Enfermedad	Parentesco	Edad Fallecimiento
Enfermedad	Parentesco	Edad Fallecimiento

9. Nombre y Apellido de su médico de confianza 9b. Teléfono

10. Indique Obra Social o Cobertura Médica que posee

11. ¿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?

12. Deportes que practica

12a. ¿Participa en carreras de algún tipo o práctica de aviación? 12b. Describa tipo, frecuencia y características

13. ¿Fuma o ha fumado? SI  NO   
13a. ¿Desde cuando? 13b. ¿Hasta cuando? 13c. Cantidad diaria

**BENEFICIARIOS**

Apellido y Nombre	Tipo y Nº de Documento	Parentesco	%
Apellido y Nombre	Tipo y Nº de Documento	Parentesco	%

Declaro expresamente haber leído con atención las preguntas de este formulario, así como las respuestas consignadas, que a mi entender son verídicas, precisas y complejas.

Fecha FIRMA DEL SOLICITANTE ACLARACIÓN