

**SOLICITUD DE INCORPORACION
RAMO SALUD (2500)
INDEMNIZACION PARA GASTOS MEDICOS
COLECTIVA**



AV. INDEPENDENCIA 333 (2322)
SUNCHALES (SF) TE: 03493-428500

POLIZA		VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		

El certificado iniciará su vigencia el 1° día del mes siguiente en que haya sido aceptada por la Aseguradora.

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA C. CENTRAL
-----------------------------	-----------------------------

ASEGURABLE							
NOMBRE Y APELLIDO							
TIPO DE DOCUMENTO		NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO	
LE	LC	CI	DNI				
DOMICILIO ACTUAL							
CALLE			NRO.		PISO	DTO.	
COD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA		TELEFONO	
SEXO		ESTADO CIVIL	PROFESION/ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA			NACIONALIDAD	
EMAIL							

Declaración Jurada de Salud del asegurado:			
De acuerdo a su conocimiento:	SI	NO	OBSERVACIONES O AMPLIACIONES
1.1) ¿Sufre de hipertensión arterial?			Niveles:
1.2) ¿Sufre de diabetes?			
1.3) ¿Sufre de depresión o enfermedad mental?			
2) ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico y/o ingiriendo alguna medicación?			Detalles:
3) ¿Sufrió en los últimos 5 años algún accidente, operación quirúrgica, internación o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar a un médico? ¿Ha recibido transfusiones?			Detalles:
4) ¿Adolece de algún defecto, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades o problemas: cardiovasculares, pulmonares, cancerosos, hematológicos, gastrointestinales, infecciosos, oculares, auditivos, neurológicos, del aparato locomotor (huesos, músculos, articulaciones), endócrinos, piel, aparato genital y urinario, enfermedades de transmisión sexual, adicciones (alcohol o sustancias), SIDA o alguna otra afección?			¿Cuáles?
5) ¿Le han programado algún tipo de cirugía o estudio para dentro del próximo año?			Detalles:
6) ¿Se encuentra inscripto en el INCUCAI como RECEPTOR de órganos?			
7) ¿Cuando se trate de mujer: ¿Se encuentra embarazada?			¿De cuántos meses?
En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad mencionada o no en los párrafos anteriores, favor especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, duración del tratamiento y sus eventuales secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante, nombre del hospital o clínica y toda otra información adicional			

<p>Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza. El otorgamiento de la cobertura de este Seguro está sujeta a la aprobación de la solicitud por parte de SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. de acuerdo a los requerimientos de la misma. Autorizo a SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro.</p>	<p>V° B° Auditoria Médica: OBSERVACIONES:..... Fecha:/...../..... Firma:</p>
---	--

LUGAR Y FECHA:
Declaro que la firma de quien escribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia