

Tomo conocimiento que, toda declaración falsa o reticencia de circunstancia que conociera sobre mi estado de salud, aún hechas de buena fe, hace nulo el contrato de Subsidio al que la presente Declaración se dirige.

Número de Asociado	Apellido y Nombres (Completo)			LE/LC/DN/CI
Fecha de Nacimiento	Edad	Correo Electrónico	Teléfono	

ANTECEDENTES PERSONALES (Contestar todas las preguntas)					
Fecha Examen médico Anterior	Dictamen y Rating	S/NO	¿Estuvo internado?	Diagnóstico y Fecha / Tratamientos efectuados	
1-¿Tuvo o tiene cáncer? ¿Recibió Quimioterapia, radioterapia o algún otro tratamiento para el cáncer?					
2- ¿Le han efectuado alguna biopsia?					
3-¿Tuvo o tiene pólipos en el intestino o vejiga?					
4-¿Estuvo internado por alguna afección?					
5-¿Estuvo o está actualmente en tratamiento por alguna afección? ¿Ingiera medicación?					
6-¿Tuvo o tiene episodios de presión arterial alta? ¿Cuáles medicamentos toma?					
7-¿Tuvo o tiene angina de pecho, infarto de miocardio, soplo al corazón, arritmia, By Pass, angioplastia u otra operación sobre el corazón?					
8-¿Ha padecido o tiene convulsiones, parálisis o ataque cerebral o enfermedad nerviosa o depresión? ¿Está medicado?					
9-¿Tuvo o tiene asma bronquitis crónica o enfisema?					
10-¿Tuvo o tiene hepatitis, cirrosis, hemorragia digestiva, úlcera de estómago, hernia de hiato u otra enfermedad no mencionada en esta lista?					
11-¿Le han efectuado tomografía computada, resonancia magnética nuclear, ecografía ergometría o prueba de Talio, o algún otro estudio de alta complejidad?			Fecha y Causa		
12-Señale con una cruz si tuvo o tiene alguna de estas enfermedades, DETALLAR AL DORSO (consignar año y tratamiento)					
Del riñón	De la próstata	Linfoma	Tiroides	Anemia	Hipertensión
					Enf. de las Coronarias
					Diabetes
13-¿Alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?. DETALLAR					

REFERENCIA	Obra Social a la que pertenece	Otra cobertura en Hospital Público, Privado o de las FFAA?	
	Medicina Prepaga	Número de Afiliado	
	Médico Particular (Ape. y Nom.)	Domicilio y Teléfono	

IMPORTANTE – Lea con atención antes de firmar.

LA OMISIÓN DE HECHOS CONOCIDOS POR UD. AUNQUE NO SEPA EL MOTIVO MÉDICO POR EL CUAL LE FUERON EFECTUADOS, PUEDE ANULAR LA CONTRATACIÓN DEL SUBSIDIO O MODIFICAR SUS CONDICIONES. SI UD. PADECE VARIAS ENFERMEDADES Y MENCIONA SOLAMENTE UNA DE ELLAS, AUNQUE SEA CON TODO DETALLE, ESTÁ OMITIENDO HECHOS CONOCIDOS DE ACUERDO A LO MENCIONADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR. SI LOS ESPACIOS SON INSUFICIENTES PARA HACER ALGUNA ACLARACIÓN, UTILICE EL DORSO DE ESTA HOJA O UNA HOJA EN BLANCO Y ADJÚNELA AL PRESENTE FORMULARIO CON FECHA Y FIRMA. A LOS EFECTOS DE LA CONSTATAción DE EVENTUAL FALSA DECLARACIÓN O RETICENCIA, HAGO EXPRESA RENUNCIA A LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE IMPONGAN SECRETO PROFESIONAL A LOS MÉDICOS QUE ME HAN ASISTIDO O EXAMINADO O QUE ME ASISTAN O EXAMINEN EN LO FUTURO.

..... de de
Lugar y Fecha Firma del Solicitante Adaración

USO INTERNO					
Firma y sello del empleado que recibió la solicitud	TIPO DE OPERACIÓN	S.A.V. / S.S.D.	Sub. S/ Saldo Deuda Hipotecaria	Sub. S/ Saldo Deuda Prendaria	
	MONTO INICIAL	\$			
	CAPITAL CONTRATADO	\$			
	FECHA DE VIGENCIA				
EXAMEN MÉDICO	Dictamen del médico de la Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista				Firma del Médico
Con Declaración Jurada de Salud	FECHA:	DICTAMEN:			RATING:
Con Elementos Médicos	Fecha: Comentarios:				
Con Examen Médico Vigente					
Con Examen Médico Nuevo					