



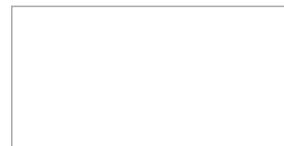
## SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL COBERTURA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN EL EXTERIOR

Complete este formulario marcando lo que corresponda

### DE USO INTERNO

Contrato N° \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

Vigencia \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

### IMPORTANTE

Verifique que respondió **todas** las preguntas y de corresponder sus observaciones. La solicitud incompleta será devuelta, lo cual ocasionará una demora en el procesamiento de la misma.

### INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LA CUAL UD. ESTÁ SOLICITANDO ESTA COBERTURA

### DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_

#### Domicilio del contacto

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_

Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**Fecha de ingreso a la Institución contratante** \_\_\_\_\_ **Número de socio en la Institución contratante** \_\_\_\_\_

#### Indique el nombre de las Instituciones de servicios médicos a los cuales está o estuvo afiliado anteriormente

Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ N° de afiliado \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Motivo de egreso \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante de la Institución \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ N° de afiliado \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Motivo de egreso \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante de la Institución \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ N° de afiliado \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Motivo de egreso \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante de la Institución \_\_\_\_\_

### EN CASO DE MINORÍA DE EDAD DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

**Madre, Padre o Tutor** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_

**Domicilio particular** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_

Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Estatura \_\_\_\_\_ mt. **Peso** \_\_\_\_\_ kg.

**¿Ha cambiado de peso en los últimos veinticuatro meses?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase dar detalles \_\_\_\_\_

**Indicar** ¿Fuma?: Sí  No  ¿Fue fumador?: Sí  No  En caso afirmativo, diga cuántos cigarrillos por día \_\_\_\_\_

**¿Sufre Ud. algún defecto físico o enfermedad?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase dar detalles \_\_\_\_\_

### Médico de cabecera

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

## ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN?

En las respuestas afirmativas, sírvase detallarlas en observaciones

### 1 - Enfermedades hereditarias. Enfermedades

**y/o malformaciones congénitas:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**2 - Afecciones de ojos, nariz y garganta:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**3 - Dificultades para respirar, ronquera, tos persistente, bronquitis, asma, alergias o afecciones crónicas del aparato respiratorio:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**4 - Dolores en el pecho, palpitaciones, fiebre reumática, soplos o ataques cardíacos u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**5 - Presión arterial elevada:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**6 - Dolor de cabeza, mareos, jaqueca, vértigo:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

### 7 - Convulsiones, desmayos, dificultad para hablar,

**derrame cerebral o alguna afección neurológica:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

**8 - Enfermedades mentales o trastornos psicológicos:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

### 9 - ¿Ha padecido o ha sido tratado por alcoholismo,

**uso de barbitúricos, marihuana, heroína,**

**LSD o drogas similares?:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

### 10 - ¿Ha padecido Ud. trastornos alimentarios

**(anorexia y/o bulimia)?** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

### 11 - Ictericia, sangrado intestinal, úlceras gástricas o

**duodenales, apendicitis, repetidos ataques o diarreas**

**crónicas, colitis, diverticulitis, hemorroides, indiges-**

**tiones frecuentes u otras afecciones del estómago,**

**de los intestinos, del hígado o de la vesícula biliar:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

**12 - Hernias, eventraciones:** Sí  No   
Observaciones

**13 - Diabetes, afección de tiroides u otras enfermedades hormonales:** Sí  No   
Observaciones

**14 - Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina; cálculos u otras afecciones de los riñones, de la vejiga, o de las vías urinarias:** Sí  No   
Observaciones

**15 - Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o afecciones de los músculos, de los huesos y/o de las articulaciones:** Sí  No   
Observaciones

**16 - Enfermedades o molestias del cuello y/o columna vertebral:** Sí  No   
Observaciones

**17 - Deformidades, renguera o amputaciones:** Sí  No   
Observaciones

**18 - Patología derivada de enfermedades o anomalías gíngivo dentarias:** Sí  No   
Observaciones

**19 - Anemia, azúcar, albúmina, colesterol elevado u otras afecciones de la sangre:** Sí  No   
Observaciones

**20 - ¿Se ha hecho alguna transfusión de sangre u otros concentrados sanguíneos en los últimos 10 años?:** Sí  No   
Observaciones

**21 - ¿Ha sido rechazado como donante de sangre?** Sí  No   
Observaciones

**22 - Dermatitis, llagas, úlceras de piel u otras afecciones de la piel:** Sí  No   
Observaciones

**23 - Tumores benignos o malignos:** Sí  No   
Observaciones

**24 - Afección de próstata o de los órganos genitourinarios:** Sí  No   
Observaciones

**25 - Hepatitis B o enfermedades de transmisión sexual (por ej. sífilis, gonorrea, etc.) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales:** Sí  No   
Observaciones

**26 - ¿Se ha recomendado alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación con el SIDA o una enfermedad relacionada con el SIDA?:** Sí  No   
Observaciones

**27 - ¿Ha consultado o está actualmente consultando a un médico la causa del SIDA o de la sospecha de un síndrome de inmunodeficiencia, o se le está tratando a causa del síndrome?:** Sí  No   
Observaciones

**28 - Otras enfermedades, traumatismos o accidentes:** Sí  No   
Observaciones

**29 - Enfermedades o accidentes que motivaron cirugía:** Sí  No   
Observaciones

**30- Para mujeres**

**a) Alteraciones menstruales o hemorragias, afección de las glándulas mamarias, ovarios, útero, cuello (cervix) problemas de infertilidad:** Sí  No   
Observaciones

**b) ¿Cuándo fue su última visita al ginecólogo?:**  
 Indique la fecha   
 Indique nombre del Dr. \_\_\_\_\_  
 ¿Qué exámenes le realizó? \_\_\_\_\_

**c) ¿Cuántos embarazos?:** \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos partos?: \_\_\_\_\_  
Observaciones

Apellidos

Nombres

**d) ¿Está actualmente embarazada?:** Sí  No

En caso afirmativo, indique de cuántos meses

Indique la fecha probable del parto

Observaciones

### INDIQUE SI EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

**31 - ¿Ha estado internado en sanatorio, hospital**

**u otras instituciones para observación,**

**tratamiento u operación?:** Sí  No

Observaciones

**32 - ¿Se ha hecho un electrocardiograma?:** Sí  No

Indique el motivo

Observaciones

**33 - ¿Se ha tomado la presión?:** Sí  No

Fecha  Máx.:  Mín.:

Observaciones

**34 - ¿Tiene alguna afección por la cual se le haya**

**aconsejado someterse en el futuro a alguna**

**operación quirúrgica?:** Sí  No

Observaciones

**35 - ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?:** Sí  No

Indique cuál

Fecha

Observaciones

**36 - ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento en**

**los últimos cinco años?:** Sí  No

Médico tratante

Diagnóstico

Observaciones

**37 - ¿Actualmente Ud. está recibiendo algún tipo**

**de medicamento y/o tratamiento?:** Sí  No

Indique cuáles

Dosis

Observaciones

**38 - ¿Recibió o recibe algún tipo de medicamentos**

**y/o tratamiento no prescrito por un médico?:** Sí  No

Observaciones

**39 - ¿Practica algún deporte?:** Sí  No

Amateur  Profesional

Observaciones

**40 - ¿Participa de deportes o actividades peligrosas?:** Sí  No

Observaciones

**41 - ¿Consultó algún médico u otro servicio de salud**

**para tratamiento médico o quirúrgico o para**

**consejo sobre alguna enfermedad que no esté**

**mencionada en este formulario?:** Sí  No

Observaciones

**42 - ¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma**

**que no haya sido mencionado en este formulario**

**por la cual haya o no consultado un médico?** Sí  No

Observaciones

**43 - Indique si en su familia (Padre, Madre,**

**Hermanos/as) hay o hubo casos de tuberculosis,**

**diabetes, cáncer, presión arterial alta, afecciones**

**del corazón, de los riñones, enfermedades mentales**

**o suicidios o cualquier enfermedad:** Sí  No

Observaciones

Apellidos

Nombres

**44 - Para niños y adolescentes hasta 18 años**

Embarazo natural  fertilización asistida

¿Ha presentado o presenta trastornos de crecimiento, del desarrollo, del lenguaje, trastornos motrices, retardo mental, trastornos de aprendizaje, problemas de conducta?: Sí  No

Observaciones

Último control pediátrico: fecha

Nombre del pediatra

Especifique si se encontraron patologías: \_\_\_\_\_

En el varón, sírvase indicar si tiene patologías genitourinarias (ejemplo fimosis, testículo no descendido, etc.) \_\_\_\_\_

Observaciones

**Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas antes mencionadas, sírvase ampliar la información en el cuadro adjunto:**

<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____
<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____
<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____
<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____
<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____
<b>N° de pregunta</b> _____	Diagnóstico _____	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
<u>Tratamiento</u>		Estado actual _____	Lugar _____

Apellidos

Nombres

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos familiares	Edad	Si vive, estado de salud	Edad	Si murió, causa de su muerte
<u>Padre</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Madre</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Hermanos</u>	_____	_____	_____	_____
<u>Hermanas</u>	_____	_____	_____	_____

## POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE ESTA SECCIÓN, DEBERÁ SER FECHADA Y FIRMADA EN BOLÍGRAFO AZUL

### Entiendo y estoy de acuerdo con que:

- A** - El Banco de Seguros del Estado se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de cobertura.  
La cobertura prevista por Banco de Seguros del Estado no entra en vigencia hasta que éste haya recibido y aprobado la solicitud.
- B** - Las declaraciones y respuestas dadas anteriormente están completas y son verdaderas según mi entendimiento y conocimiento. Si hay alguna respuesta falsa en esta solicitud (si dichas declaraciones o material para la aceptación del formulario son fraudulentos), el contrato podrá ser anulado por el Banco de Seguros del Estado.
- C** - Autorizo a los médicos que me han atendido o cualquier otro proveedor de servicios médicos a brindar al Banco de Seguros del Estado, o a quien éste designe, información incluyendo copias de historias clínicas y exámenes paraclínicos respecto a consejos, diagnósticos, cuidados o tratamientos que me hayan sido proporcionados, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Asimismo, autorizo al Banco de Seguros del Estado o a quien éste designe a requerir la información referida precedentemente.
- D** - No se cubrirán en esta Póliza las Enfermedades o condiciones preexistentes (cualesquiera sea su naturaleza) que me afecten y que hayan sido detectadas antes o a mi ingreso como socio/afiliado del Contratante.
- E** - Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales, Particulares y Específicas que rigen para el seguro de cobertura de internación clínica y/o quirúrgicas hospitalarias en el exterior, para cuya contratación fecho y firmo la presente solicitud.

Fecha  Lugar \_\_\_\_\_

Firma de la persona cuya vida se asegura (excepto menores de 13 años) \_\_\_\_\_

Aclaración de firma \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ código serial \_\_\_\_\_

Firma del representante en caso de menor de edad o interdicción \_\_\_\_\_

Aclaración de firma \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ código serial \_\_\_\_\_

## DE USO INTERNO

**Para el Contratante** Exclusiones establecidas por el Contratante \_\_\_\_\_

Fecha  Firma del Contratante \_\_\_\_\_

### Evaluación del Riesgo

Fecha evaluación

Firma del Suscriptor \_\_\_\_\_

Aclaración firma \_\_\_\_\_