



## PROPUESTA DE EMISIÓN SEGURO TEMPORARIO ANUAL RENOVABLE

PROPUESTA N° \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PRODUCTOR: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

### DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO (Datos de Identificación del Cliente UIF)

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): \_\_\_\_\_

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ N° CUIT: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SEXO (Seleccione): Masculino Femenino FUMADOR (Seleccione): Si No

ESTADO CIVIL (Seleccione): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

**DOMICILIO PARTICULAR:** CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

CBU: \_\_\_\_\_ ALIAS: \_\_\_\_\_

TARJETA DE CRÉDITO N°: \_\_\_\_\_ EMISOR: VISA MASTER OTRA: \_\_\_\_\_

### DATOS DE PROFESIÓN / OCUPACIÓN

ACTIVIDAD DESARROLLADA / PROFESIÓN / OFICIO/ INDUSTRIA PRINCIPAL (indique claramente las actividades que desarrolla en su lugar de trabajo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

AÑOS EN LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ N° CUIT: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO COMERCIAL:** CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO/FAX: \_\_\_\_\_ INTERNO: \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL ESTIMADO: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO:** FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_



NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): \_\_\_\_\_

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE SALUD

PROPUESTA N° \_\_\_\_\_

1. Indicar estatura: \_\_\_\_\_ mts. \_\_\_\_\_ cm. Indicar peso: \_\_\_\_\_ kg
2. ¿Se encuentra en la actualidad bajo tratamiento médico y/o tomando medicamentos? Si No  
 ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: \_\_\_\_\_  
 MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_
3. ¿Le han practicado o aconsejado alguna cirugía en los últimos 5 años? Si No  
 CIRUGÍA REALIZADA: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido hospitalizado o ha permanecido en una Clínica, Sanatorio u Hospital, durante los últimos 3 años? Si No
5. De acuerdo a su mejor saber y entender, tiene conocimiento de padecer o haber padecido en los últimos 5 años:
  - 5.1 ¿Hipertensión, infarto de miocardio, arritmias, enfermedades del corazón? Si No
  - 5.2 ¿Enfermedades metabólicas, diabetes, resistencia a la insulina, hipo o hipertiroidismo? Si No
  - 5.3 ¿Enfermedades respiratorias o infecciones respiratorias frecuentes? Si No
  - 5.4 ¿Enfermedades de los riñones, del hígado, páncreas o del aparato digestivo? Si No
  - 5.5 ¿Enfermedades de la visión o el oído? Si No
  - 5.6 ¿Enfermedades ginecológicas crónicas, de próstata o del aparato reproductor? Si No
  - 5.7 ¿Patología tumoral benigna o maligna? Si No
  - 5.8 ¿Anemias, alteración de los glóbulos blancos o de los ganglios linfáticos, leucemia o enfermedades de la sangre? Si No
  - 5.9 ¿Enfermedades neurológicas, mentales o psiquiátricas? Derrame cerebral? Si No
  - 5.10 ¿Alcoholismo, abuso de drogas? Si No
  - 5.11 ¿Pérdida de peso reciente? Si No
  - 5.12 ¿Enfermedades reumáticas, de las articulaciones o autoinmunes? Si No
  - 5.13 ¿Enfermedades que afecten su sistema inmunológico: HIV, transplantes u otra? Si No

Si usted contestó afirmativamente en algún caso, especifique sobre la patología en cuestión y secuelas que presenta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Practica o piensa realizar deportes peligrosos o extremos? Si No  
 En caso afirmativo indicar tipo de deporte/hobbies y la frecuencia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted algún seguro de vida, salud o accidentes en alguna otra compañía? Si No  
 INDICAR TIPO DE SEGURO: \_\_\_\_\_ CAPITAL ASEGURADO: \_\_\_\_\_  
 COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

8. ¿Según su conocimiento, se le ha sido rechazado, pospuesta o se le ha aplicado un recargo, sobreprima o extraprima, en alguna solicitud o renovación de algún seguro de vida, salud o accidentes en alguna otra compañía? Detallar: Si No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASEGURADO: FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_



NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): \_\_\_\_\_  
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO (Seleccione): LC LE DNI CI N°: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: CALLE: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE SALUD

PROPUESTA N° \_\_\_\_\_

9. ¿Es usted diestro? Si No  
10. ¿Es usted fumador? Si No  
11. ¿Estuvo en contacto estrecho con alguna persona COVID-19 positivo en los últimos 14 días? Si No  
12. ¿Actualmente está infectado por COVID-19 y cursando la enfermedad? Si No  
13. ¿Estuvo afectado por COVID-19 y presentó síntomas? Si No

FECHA: Desde (dd/mm/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta (dd/mm/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN INDICADA: \_\_\_\_\_

SECTOR: \_\_\_\_\_

SECUELAS QUE LE HAYAN SIDO INFORMADAS: \_\_\_\_\_

*[Adjuntar informe médico de alta si le fue realizado]*

ADJUNTA: Si No

### PARA SER CONTESTADO POR MUJERES:

14. ¿Tiene conocimiento de estar embarazada? Si No

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_

ESTADO DE SALUD ACTUAL: \_\_\_\_\_

15. ¿Ha tenido alguna vez problemas durante el embarazo o parto, incluyendo aborto, toxemia, diabetes gestacional, afeciones del útero, senos u órganos genitales? Si No

El siguiente espacio es para detallar todas aquellas preguntas contestadas afirmativamente. Indique el número (N°) de pregunta, incluyendo fechas, diagnóstico exacto, tratamiento realizado, estado actual, secuelas y nombre, dirección, del/los médico/s consultados.

Declaro bajo juramento que he leído y entendido las preguntas anteriores, que las respuestas son verídicas y completas, y que ningún dato preguntado ha sido omitido en las mismas.

#### DECLARACIÓN JURADA PEP

Asimismo, declaro que SI / NO me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la nómina de funciones de "Personas Expuestas Política-mente-PEP" aprobada por la UIF (Unidad de Información Financiera), de las cuales me ha informado Digna Seguros S.A. y tengo a disposición en su página de Internet y que los fondos para el pago de este seguro son de origen lícito. Además, asumo el compromiso de presentar la documentación requerida para las "PEP" e informar cualquier modificación que se produzca en este aspecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

Firmada en (lugar), \_\_\_\_\_ el (día) \_\_\_\_\_ de (mes) \_\_\_\_\_ de (año) \_\_\_\_\_.

ASEGURADO: FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_