

SEGURO COLECTIVO de VIDA SOBRE SALDO DEUDOR
DECLARACION JURADA MEDICA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:.....D.N.I.Nº:.....
Fecha de Nacimiento: Edad:.....Estado Civil:.....
Lugar de Nacimiento: Nacionalidad:.....
Domicilio Actual:.....Teléfono:.....
Familia Actual o Convivientes:.....
.....
Puesto que desempeña:.....

NIVEL EDUCACIONAL

Estudios Primarios: SI / NO Estudios Secundarios: SI / NO
Estudios Universitarios / Terciarios: SI / NO Título:

HABITOS PERSONALES

Fuma ? SI / NO Cuantos cigarrillos por día ?Desde qué edad ?
Alcohol ? SI / NO Tipo de bebidaDiariamente ? SI / NO
Drogas ? SI / NO Tipo de droga
Toma medicamentos ? SI / NO cuales ?.....
Por qué motivo o enfermedad ?.....
Tiene sueño tranquilo ? SI / NO Cuantas horas duerme por día ?.....
Observa alguna dieta ? SI / NO
Tiene aficiones o pasatiempos de riesgo ? (parapente, automovilismo, etc.).....
Tuvo que abandonar algún trabajo por razones de salud ? SI / NO.
Recibió indemnizaciones por accidente o enfermedad profesional ? SI / NO.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: (detallar motivo de la intervención y año en que se llevó a cabo):
.....
.....

ENFERMEDADES y/o TRATAMIENTOS ACTUALES:
.....
.....

Declaro bajo juramento haber leído y contestado las preguntas arriba formuladas a mi mejor saber y entender, y que no he ocultado ningún dato que sería necesario que se conociera. Declaro que la información suministrada es completa y verídica. Autorizando a la Caja Popular de Ahorros solicitar cualquier documentación medico/legal a fin de corroborar o dilucidar cualquier duda al respecto.

Lugar y Fecha:

Firma del Postulante:

Aclaración:.....

D.N.I. Nº: