

DECLARACION JURADA DE LESIONES, INCAPACIDADES, ENFERMEDADES, OPERACIONES Y/O ANTECEDENTES DEL SUSCRIPTOR Y SU GRUPO FAMILIAR

IMPORTANTE

Es imprescindible completar la totalidad de la información requerida por más irrelevante que pudiera parecerle, únicamente nuestro departamento de Auditoría Médica está en condiciones de evaluar médicamente las características de la misma

El siguiente cuestionario debe ser completado por el titular con referencia al titular e integrantes del grupo a asociar; indicándolo en el casillero que corresponda. Su carácter de orientativo y no limitativo no exime al declarante, de informar otros antecedentes no incluidos en el mismo.

Consignar “SI” o “NO”, según corresponda.

		1	2	3	4	5	6
Nº	Cuestionario						
1	Afecciones congénitas y hereditarias. Discapacidades.						
2	Afecciones de nariz, oído y/o garganta.						
3	Afecciones de las mamas.						
4	Afecciones pulmonares y de las vías respiratorias.						
5	Afecciones renales, vejiga, prostáticas, genitales, etc.						
6	Afecciones ginecológicas y obstétricas - ¿Está embarazada?						
7	Afecciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, hepatitis.						
8	Enfermedades inmunológicas y/o degenerativas HIV (+).						
9	Afecciones de la piel.						
10	Afecciones visuales, desprendimientos de retina, glaucoma, etc.						
11	Afecciones hematológicas, anemia, leucemia, linfomas, ganglios, etc.						
12	Diabetes, gota, obesidad, alteraciones tiroideas u otras endocrinopatías.						
13	Afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, angina, infartos, arritmias, soplos, etc.						
14	Afecciones musculares y de los huesos, columna, cadera, rodilla, artritis, artrosis, osteoporosis.						
15	Antecedentes neurológicos, psiquiátricos, toxicomanías (convulsiones, parálisis, etc.) Intentos de suicidio.						
16	¿Tuvo Ud. o algún integrante de su grupo familiar intervenciones quirúrgicas y/o accidentes?						
17	¿Está Ud. o algún integrante de su grupo familiar bajo control o tratamiento médico actualmente o lo ha estado en los últimos 6 meses?						
18	¿Está/n tomando medicamentos?						
19	Otros antecedentes.						

Ante una respuesta afirmativa a algunas de las preguntas que anteceden, efectuar el detalle (enfermedad, fecha, tratamiento y secuela), en el espacio de “OBSERVACIONES / COMENTARIOS DEL SOLICITANTE”.

En caso de no padecer ninguna de las patologías enunciadas anteriormente, o cualquier otra, consignar esa circunstancia en el espacio “OBSERVACIONES / COMENTARIOS DEL SOLICITANTE”, y cruzar el cuestionario en forma completa.

La recepción de esta Declaración Jurada no significa aceptación por parte de MEDICUS S.A. de ninguna de las lesiones, incapacidades, enfermedades y/o antecedentes que se declaren, las que se encuentran sometidas a lo previsto en el Reglamento General, Capítulo Limitaciones y Exclusiones, inciso c) y normas concordantes.

El Suscriptor declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de MEDICUS a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción; asimismo con su firma, el Suscriptor hace saber su expresa conformidad respecto a la cláusula que antecede y que ha leído, comprendido y aceptado el Reglamento de MEDICUS, como cualquier otra modificación al mismo, las cuales están a su disposición.

A completar por el Promotor

Dejo constancia que la totalidad de los datos consignados fueron completados en mi presencia y verificados los números y tipos de documentos y demás datos solicitados por Medicus.

PROMOTOR

FIRMA Y ACLARACION DEL PROMOTOR

Uso exclusivo Empresa Asociada

PLAN SOCIO EMPRESA

Firma Autorizada y Sello de la Empresa/Entidad

Medio por el cual el solicitante decidió incorporarse.

(Medios publicitarios que influyeron en su decisión - Marcar con X donde corresponda).

Gráfico Televisivo Radial Otros

Departamento Comercial

Aceptado _____

Rechazado _____

FIRMA AUTORIZADA

ACLARACION

Auditoría Médica

Aceptado _____

Rechazado _____

FIRMA DEL AUDITOR

ACLARACION

OBSERVACIONES/COMENTARIOS DEL SOLICITANTE CON RESPECTO A LA DECLARACION JURADA:

Firma del titular / Responsable de la Solicitud

LUGAR Y FECHA

DOCUMENTO, FIRMA Y ACLARACION

Dejo constancia de haber recibido el Cuerpo Médico de Medicus y el Reglamento General, Folio Nº _____

Medicus se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud en el término de 30 días hábiles.