

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA**

**Dirección de Seguros**

INCORPORACIÓN AL CAPITAL ADICIONAL OPTATIVO

**DECLARACION JURADA DE SALUD**

Para ser completada por el titular o adherentes al:

- a) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Cónyuge (capital fijo)
- b) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Titular
- c) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Cónyuge
- d) Régimen Previsional Ley N° 1166 - Opcional Familiar

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Titular:  Adherente:

Afiliado N° \_\_\_\_\_ Legajo N° \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Repartición: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lea atentamente las preguntas y conteste sin omitir respuesta. Luego usted podrá firmar al pie de la declaración.

Sírvase indicar:

Edad: \_\_\_\_\_ años      Estatura \_\_\_\_\_ cm.

Peso: \_\_\_\_\_ kg.      Presión Arterial \_\_\_\_\_

**Responda SI o NO en cada casillero:**

¿Tiene trastornos en la visión?

SI       NO

¿La agudeza visual de alguno de sus ojos es inferior o igual a 3/1" sin corrección?

SI       NO

¿Se encuentra actualmente sin trabajo?

SI       NO

¿Fue usted exceptuado del Servicio Militar?

SI       NO

¿Está usted actualmente embarazada?

SI       NO

¿Sigue algún tratamiento en particular?

SI       NO

**En caso afirmativo completar:**

Origen de estos trastornos oculares .....

.....

Graduación de los lentes

Ojo izquierdo:

Ojo derecho:

\_\_\_\_\_

¿Desde que fecha? \_\_\_\_\_

Motivos: .....

.....

¿Por qué motivos? .....

.....

¿De cuántos meses? .....

.....

¿Cuál? .....

.....

Durante los últimos 5 años,

¿Debió usted interrumpir su trabajo

- por más de 30 días consecutivos?

- por más de 90 días en un mismo año?

¿Por qué motivo? .....

.....

.....

Fechas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Consultó a, o debió ser hospitalizado por?	SI NO	¿Por qué motivos? .....	¿Cuándo?
- un servicio médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- un servicio de cirugía?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- un servicio neuropsiquiátrico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
¿Fue usted sometido a		¿Por qué motivos? .....	¿Cuándo?
- una intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- un tratamiento de radioterapia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- un tratamiento de quimioterapia o inmunoterapia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- una transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- un test HIV?		<b>P Positivo      D Dudoso      N Negativo</b>	
¿Padece usted o padeció de		¿Naturaleza? .....	¿Cuándo?
- enfermedades del sistema nervioso o depresiones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- trastornos cardíacos, vasculares o broncopulmonares?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- enfermedades digestivas, renales o sanguíneas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- hepatitis virósica (excluyendo la hepatitis A)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- trastornos metabólicos (diabetes, colesterol, triglicéridos)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
- infecciones como consecuencia de una inmunodeficiencia adquirida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
¿Padece de alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza? .....	¿Desde cuándo?
		.....	.....
¿Se encuentra usted bajo tratamiento médica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza? .....	¿Desde cuándo?
		.....	.....
¿Padece de alguna incapacidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Naturaleza? .....	¿Desde cuándo?
¿Presenta secuelas de accidente o enfermedades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
		¿Motivo? .....	¿Desde cuándo?
¿Es usted titular de una renta por invalidez, de un beneficio de accidente de trabajo o enfermedad profesional? (En caso afirmativo adjuntar certificados)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	.....
¿Ha sido usted informado que en los próximos meses deberá someterse a:		¿Por qué razones? .....	
- exámenes médicos de laboratorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
- otros exámenes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
- tratamiento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
- internación y/o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
¿Ha presentado anteriormente otra solicitud de seguro de vida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por qué razones?	
En caso afirmativo:		.....	
¿Fue postergada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
¿Fue rechazada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	

**Nota:** Recomendamos controlar la existencia de respuestas para cada una de las preguntas anteriores. La ausencia de las mismas se considera omisión. La falsedad u omisión en la presente Declaración Jurada hará caducar automáticamente el derecho, para el afiliado o sus derechohabientes, de per-

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

CERTIFICACION DE FIRMA  
JEFE DPTO. O AUTORIDAD COMPETENTE

FIRMA DEL ASEGURABLE