Ayacucho 1781 - (C1112AAE) C.A.B.A - 4803-2001 / 4803-2021

Declaración Jurada de Salud
Empresas Corporativas

INSTRUCCIONES: Complete los datos en letra MAYÚSCULA DE IMPRENTA, todos con la misma tinta.
En caso de necesitar más espacio, utilice otro formulario.

Socio Nº

- Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular interesado, sobre su persona y sus Beneficiarios Dependientes, de forma de permitir a OMINT analizar la posibilidad de su aceptación en el plan.
- Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño, sabiendo que si Ud. no hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en la aceptación de la propuesta, perderá automáticamente su condición de socio.
- Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por OMINT.
- OMINT se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión.

Indique nombre, edad y sexo de cada miembro del grupo familiar. En los casilleros ❑ marque con una cruz la opción que corresponda.

Titular 00	Apellido/s	Nombre/s	Edad	Peso	Altura	Fem. ❑ Masc. ❑
Benef. 01	Apellido/s	Nombre/s	Edad	Peso	Altura	Fem. ❑ Masc. ❑
Benef. 02	Apellido/s	Nombre/s	Edad	Peso	Altura	Fem. ❑ Masc. ❑
Benef. 03	Apellido/s	Nombre/s	Edad	Peso	Altura	Fem. ❑ Masc. ❑
Benef. 04	Apellido/s	Nombre/s	Edad	Peso	Altura	Fem. ❑ Masc. ❑

Lea atentamente las siguientes preguntas y complete todos los casilleros correspondientes a cada miembro del grupo familiar. Escriba Sí para respuestas afirmativas o **No** para negativas. Deberá explicar las respuestas afirmativas de forma detallada más abajo en la **Planilla de Observaciones**.

Preguntas	Titular 00	Benef. 01	Benef. 02	Benef. 03	Benef. 04
1. ¿Tuvo alguna internación clínica, psiquiátrica o quirúrgica en los últimos 10 años?					
2. ¿Padeció o presenta actualmente alguna enfermedad, anormalidad, deficiencia y/o secuela física o psíquica y/o discapacidad? Ejemplos no excluyentes: esclerosis múltiple, diabetes, epilepsia, trastornos de la visión, HIV, hipertensión arterial, cardiovasculares, oncológicas, insuficiencia renal, etc.					
3. ¿Padeció o presenta actualmente adicción a drogas, alcohol u otras sustancias?					
4. Medicamentos que recibe actualmente (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
5. Medicamentos que ha recibido, en tratamientos de más de un mes de duración (indicar en la Planilla de Observaciones nombre y dosis diaria)					
6. ¿Realizó exámenes de diagnóstico tales como: análisis de laboratorio, radiológicos, endoscópicos, ecográficos, tomográficos, resonancias, mamografías u otros estudios en los últimos 12 meses?					
7. ¿Presenta lesiones en la piel que necesitan tratamiento, tales como lunares, lesiones solares, verrugas, etc.?					
8. ¿Presenta o presentó alguna afección ginecológica, obstétrica o mamaria?					
9. ¿Está actualmente embarazada? En caso afirmativo, indique semana de gestación y si se trata de embarazo simple o múltiple.					
10. ¿Existe indicio o sospecha de embarazo que requiera confirmación?					
11. ¿Requiere trasplante de órganos y/o implante o renovación de prótesis?					
12. ¿Tiene colocada alguna prótesis o implante actualmente o con anterioridad?					
13. ¿Presenta o ha presentado obesidad, anorexia, bulimia u otros transtrornos de la alimentación?					
14. ¿Es o ha sido fumador? En caso afirmativo indique cantidad diaria, desde y hasta cuando.					
15. ¿Tiene pendientes internaciones programadas, operaciones programadas o estudios programados que deberán ser realizados dentro de los próximos 7 meses?					

Planilla de Observaciones

Para cada respuesta afirmativa del cuadro anterior, indique número de pregunta, beneficiario y fecha del evento. Luego detalle descripción y resultados.

Pregunta	Benef. Nº	Fecha del evento	Descripción y resultados

Declaro que las informaciones que figuran arriba son expresión de la verdad, pudiendo OMINT considerarlas para análisis, aceptación de ingreso y decisión sobre la continuidad de las coberturas. Autorizo a OMINT, para que a través de su Departamento Médico, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Constituyo domicilio legal en: ---------- **Teléfono:** ----------

Lugar	Fecha	Firma del titular	Aclaración

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.