

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES

Esta solicitud forma parte del Contrato del Programa SEGUNDA CAPA. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO.** La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo este documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

Responda cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando con una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrese que todas las preguntas estén completas, si alguna respuesta fuera positiva, detallarla al final de las preguntas.

Por favor, asegúrese de responder según el orden de dependientes asignado en la sección de **DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES.**

PREEXISTENCIAS	CONYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedades al cerebro o del Sistema Nervioso: Aneurisma, epilepsia o convulsiones, parálisis, apoplejía, malformaciones arterio-venosas, derrame cerebral u accidente cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición.				
2. Enfermedades mentales, psiquiátricas o trastornos psicológicos: Neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención, trastornos del desarrollo, retraso mental, insomnio, tics, trastornos de la ingestión de alimentos como anorexia, bulimia, entre otros, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación.				
3. Enfermedades del aparato respiratorio: Asma, rinitis, bronquitis crónica, ronquera crónica, sinusitis crónica, enfisema, neumonía a repetición, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis a repetición, desviación del tabique o septum nasal, apnea del sueño, hipertrofia de adenoides.				
4. Enfermedades del aparato cardiovascular: Infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, angioplastia, hipertensión arterial que haya originado más de dos hospitalizaciones, soplo cardíaco, dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos elevado), dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis.				
5. Enfermedades del aparato digestivo y pared abdominal: Dispepsia, gastritis con más de 2 hospitalizaciones, úlcera, esofagitis, estreñimiento, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, colon irritable, cirrosis hepática, cólico vesicular, diastasis de rectos, eventraciones, hernias.				
6. Enfermedades endocrinológicas: Hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes mellitus que haya originado más de dos hospitalizaciones, síndrome de Cushing, adenoma o tumor de hipófisis, hiperprolactinemia.				
7. Enfermedades del aparato genitourinario: Insuficiencia renal, incontinencia urinaria, quistes, cálculos, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata, enfermedades de transmisión sexual.				

PREEXISTENCIAS	CONYUGE		HIJOS	
	SI	NO	SI	NO
8. Infecciones por hongos, bacterias, virus u otros: Brucelosis, hepatitis B o C, VIH, SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis u otras enfermedades infecciosas.				
9. Enfermedades ginecológicas: Miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, aborto a repetición, amenorrea o alteraciones del ciclo menstrual, displasia cervical, cervicitis crónica, papiloma virus, enfermedad inflamatoria pélvica, disfunción ovárica, síndrome de ovario poliquístico.				
10. ¿Está embarazada actualmente? _____. Tiempo de gestación: _____ ¿Hubo tratamiento de fertilidad? _____.				
11. Enfermedades de la mama: quistes, fibroadenoma, ginecomastia, gigantomastia.				
12. Infertilidad, disfunción sexual, disfunción eréctil, cambios de sexo.				
13. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo: Lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, fibromialgia, esclerodermia.				
14. Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones, columna vertebral y músculos: Artritis, artrosis, reumatismo, gota, Cervicalgia, dorsalgia o lumbago a repetición, hernias, discopatías, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, deformidades, fracturas o luxaciones.				
15. Enfermedades hematológicas o de la sangre: Anemias, leucemias, policitemia, trastornos de la coagulación, hemofilia.				
16. Enfermedades en los ojos: Cataratas, pterigión (carnosidad), glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis.				
17. Enfermedades de los oídos: Hipoacusias (sordera), enfermedades del tímpano.				
18. Enfermedades de la piel: Psoriasis, vitíligo, acné, rosácea, melasma, dermatitis alérgica, hiperhidrosis, alopecia.				
19. Tumor benigno o maligno, en cualquier órgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica.				
20. Transplante de cualquier órgano.				
21. Procedimientos estéticos y/o reconstructivos: Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis o implantes de cualquier tipo.				
22. Enfermedad o defecto de origen congénito, genético o adquirido al nacer.				
23. ¿Practica algún deporte, actividad física de alto riesgo o deporte profesional? Detallar cuál y la periodicidad: _____				
24. ¿Sus afiliados consumen o han consumido cigarrillos? Nombre y Apellido: _____ Consumo Semanal: __ cigarrillos. Desde (año) __ hasta (año) __ Nombre y Apellido: _____ Consumo Semanal: __ cigarrillos. Desde (año) __ hasta (año) __				

PREEXISTENCIAS

25. ¿Alguna de las personas por afiliar consume o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos? ¿Alguna de las personas por afiliar es o ha sido farmacodependiente?

Indicarlo:

- 1.
- 2.

26. ¿Alguna de las personas por afiliar recibe algún medicamento actualmente o ha estado recibiendo algún medicamento? Detallar:

- 1.
- 2.

27. ¿Alguno de sus afiliados tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente debido a alguna enfermedad u accidente? Detallar motivo y diagnóstico:

- 1.
- 2.

28. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?

Si alguna respuesta fue positiva, especificar:

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a la IAFAS Ejército del Perú (FOSPEME) con el Programa Segunda Capa, el tratamiento y transferencia nacional de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la IAFA Ejército del Perú (FOSPEME).

Asimismo autoriza en forma expresa a que la IAFA Ejército del Perú encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros.

El archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de la IAFA Ejército del Perú, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

DECLARACIÓN JURADA DEL DECLARANTE

Esta solicitud de Seguro forma parte del Contrato del Plan de Salud Programa Segunda Capa de la IAFA Ejército del Perú.

Declaro que la información brindada en esta solicitud es cierta y completa y sé que la declaración inexacta, la omisión, simulación o falsedad en las declaraciones brindadas determina la nulidad del contrato, siempre que medie dolo o culpa inexcusable.

Declaro que conozco que la veracidad y exactitud de la información aquí consignada es esencial para la determinación de la cobertura y la decisión final del Programa Segunda para asegurar el riesgo analizado.

FIRMA

APELLIDOS Y

NOMBRES DNI N°

CIP N°