

SEGURO DE DESGRAVAMEN DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Se ruega al solicitante que conteste todas las preguntas con letra legible.

1. DATOS DEL SOLICITANTE										
Apellidos Paterno			Apellido Materno o de casada				Nombres		Fec. de nacimiento	
Ocupación			Documento de Identidad				Nacionalidad		Teléfono Fijo	
Indique su peso actual en kg.			Indique su talla en cm.				Indique su presión arterial		Teléfono Celular	
Domicilio	Av.	Ca.	Jr.	Psj.	Edif.	Otro	Distrito-Provincia		Departamento	
Correo electrónico										

2. INFORMACIÓN SOBRE EL PRÉSTAMO				
N° Solicitud	Producto	Plazo	Moneda	Monto del Préstamo

3. INFORMACIÓN SOBRE LAS COSTUMBRES DEL SOLICITANTE			SI	NO
1. ¿Se encuentra usted, actualmente, en buen estado de salud?				
2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad?				
3. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?				
4. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				
5. ¿Tiene algún defecto físico?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar cáncer?				
7. ¿Ha aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 02 años?				
8. ¿Se encuentra usted, actualmente con algún síntoma de enfermedad o en tratamiento?				
9. ¿Toma usted, en la actualidad algún medicamento?				
10. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby peligroso?				
11. ¿Viaja usted en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones particulares no comerciales?				
Comprendidas desde la pregunta 2 hasta la pregunta 11 si es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:				

4. AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO:	
Respuesta N°	Detalle ampliatorio

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son exactas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, disminución o falsedad, anula de hecho el contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de la Compañía. Autorizo a los médicos y clínicas suministrar a **LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS**, toda información que ésta requiera sobre mi salud, relevándolos del secreto profesional.

Otorgo mi consentimiento expreso para que copia de todo mi historial médico disponible, incluyendo las evaluaciones médicas realizadas y sus resultados, de los que pueda haber dispuesto **LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS**, para efectos de evaluar la cobertura del presente seguro, sean entregados en sobre cerrado a mi nombre al canal de comercialización o Entidad Financiera, quien deberá entregármelo directamente para los fines correspondientes SI () NO ().

Fecha de Declaración

Firma del Solicitante