

DECLARACIÓN DE LA ASEGURABILIDAD

Marque con una X sí:

¿ HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNAS(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES?							
Nº	ENFERMEDADES	SI	NO	Nº	ENFERMEDADES	SI	NO
1	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESION ARTERIAL			8	BOCIO , DIABETES, SOBREPESO		
2	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ASMA - TUBERCULOSIS			9	CÁNCER U OTROS TUMORES		
3	ENFERMEDADES DIGESTIVAS			10	ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES		
4	ENFERMEDADES GENITOURINARIAS			11	PARÁLISIS		
5	ENFERMEDADES MÚSCULOS ESQUELÉTICAS-REUMATISMO-ARTRITIS			12	DEFORMIDADES O MALFORMACIONES		
6	ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES			13	ENFERMEDADES CRÓNICAS O TERMINALES		
7	ENFERMEDADES DE LOS OJOS-OIDOS-NARIZ-GARGANTA			14	OTRAS		

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA		
LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA	DETALLE

PREGUNTAS MÉDICAS

	SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LAS CAUSAS
¿HA ESTADO INCAPACITADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?			
			EN CASO AFIRMATIVO DECLARE FECHAS, CENTRO ASISTENCIAL Y CIRUGÍAS
¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS?			
			INDIQUE CUAL(ES) Y LA FECHA
¿PIENSA HACERSE OPERAR O SOMETERSE A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL FUTURO?			
			COMPAÑÍA Y CAUSA
¿ALGUNA COMPAÑÍA LE HA DECLINADO, APLAZADO, O EXTRAPRIMADO SOLICITUD O PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA?			
¿ SE LE HA DIAGNOSTICADO O REALIZADO EXÁMENES PARA EL SIDA?			
SI EL ASEGURADO ES MUJER RESPONDA:			EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO TIEMPO DE EMBARAZO TIENE?
¿ESTÁ EMBARAZADA?			
¿HA TENIDO ALGÚN ABORTO?			
¿HA TENIDO PARTO PREMATURO?			FECHA

EDAD _____

ESTATURA _____

PESO _____

NOMBRE DEUDOR

FIRMA DEUDOR