

Marque con una X sí:

¿ HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES?								
No.	ENFERMEDADES	SI	NO	No.	ENFERMEDADES	SI	NO	
1	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESIÓN 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	DEFORMACIONES 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 ASISTENCIAS 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?			
			COMPAÑIA Y CAUSA
¿ ALGUNA COMPAÑIA LE HA DECLINADO, APLAZADO , O EXTRAPRIMIDO 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