

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – SEGURO DESGRAVAMEN EFECTIVA

### DATOS DEL TITULAR:

|   |                          |                     |   |
|---|--------------------------|---------------------|---|
| Apellido paterno:   |                          | Apellido materno:   |   |
| Nombre:   |                          |                     | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>                                 | Fecha de nacimiento: / / | Peso:               | Talla:  |
| Ocupación:  |                          | Giro de la empresa: |   |
| ¿Su trabajo es 100% administrativo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                          |                     |   |

### Datos del cónyuge (solo si el crédito es mancomunado):

|   |                          |                     |   |
|---|--------------------------|---------------------|---|
| Apellido paterno:   |                          | Apellido materno:   |   |
| Nombre:   |                          |                     | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>                                 | Fecha de nacimiento: / / | Peso:               | Talla:  |
| Ocupación:  |                          | Giro de la empresa: |   |
| ¿Su trabajo es 100% administrativo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                          |                     |   |

### DATOS DEL CRÉDITO:

|  |        |   |              |
|--|--------|---|--------------|
| Importe del Préstamo:  | Plazo: | Oficina:  | Funcionario: |
| Tipo de Préstamo:  |        | Moneda: Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> |              |
| Email:   |        | Teléfono:   |              |
| Modalidad de Cobertura: <input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Deuda Actual (cúmulos): |        |   |              |

|   | TITULAR   | CÓNYUGE   |
|---|---|---|
| 1- ¿Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades Neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, oncológicas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas/ aparato digestivo), meningitis, gineco obstétricas, aparato reproductor, renales, urinarias, enfermedad de la sangre, enfermedades infecto contagiosas (SIDA, HIV, hepatitis, TBC, meningitis, entre otras), parálisis, enfermedades mentales, enfermedades de los ojos u oídos, COVID (coronavirus), enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, leucemia, enfisema, neumonía, asma o recibe tratamiento con inmunosupresores, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, secuelas de accidentes, enfermedades osteoarticulares, reumáticas, musculares o alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?<br>¿Tienes algún defecto físico congénito o adquirida e invalidante? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2- ¿Has padecido o padeces cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente?   | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3- ¿Fumas más de 10 cigarrillos diarios? Cantidad diaria:<br>¿Tiene consumo diario de alcohol o consumo de drogas?<br>Cantidad diaria:  | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4- ¿Le han realizado trasplante de algún órgano?  | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5- Realizas alguna actividad y/o deporte de riesgo o peligroso?<br>¿Cuál?:  | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6- Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre, dolores musculares, fatiga?  | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>7- ¿Ha viajado durante los últimos 28 días a países de alto riesgo afectados por el coronavirus (por ejemplo China, EEUU, Japón, Corea del Sur, Irán Italia, España) o tiene pensado viajar a tales países en los próximos 3 meses?</p> | <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|--|

Si usted marcó SI por favor especifique y/o amplíe su respuesta:

**Detalle de las respuestas afirmativas:**

| Preg. | Enfermedades Padecidas | T | C | Fecha | Duración | Nombre de Clínica / Médico tratante | Estado Actual |
|-------|------------------------|---|---|-------|----------|-------------------------------------|---------------|
|       |                        |   |   |       |          |                                     |               |
|       |                        |   |   |       |          |                                     |               |
|       |                        |   |   |       |          |                                     |               |

“Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora y que una declaración falsa y reticencia de mi parte implican la nulidad de la póliza de acuerdo al artículo No 376 del Código de Comercio y la ley de contratación de seguros N° 29946 artículo 8. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.”

El cliente autoriza a que en caso de Fallecimiento o Invalidez, la compañía de seguros pueda acceder a la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado.

( ) Cliente prefiere mantener la confidencialidad de la información.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge