

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – SEGURO DESGRAVAMEN MULTIPRODUCTO

### 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 de 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 de 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"/>	Mail:	Telf:

	Titular	Cónyuge
1. ¿Padece o ha padecido, recibe o ha recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, está tomando algún medicamento, se encuentra en proceso de estudios del diagnóstico por alguna enfermedad, tiene conocimiento de requerir tratamiento por las siguientes enfermedades: neurológicas, cardiovasculares, infecciosas (SIDA, hepatitis viral, meningitis, entre otras), respiratorias, reumáticas, traumatológicas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol y/o triglicéridos elevados, endocrinológicas, gástricas (del sistema digestivo) se ha realizado alguna cirugía para reducción de peso, ginecológicas, del aparato reproductor, renales, urinarias, enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, etc) parálisis, alcoholismo o drogadicción, secuelas de accidentes, enfermedades mentales, enfermedades de los ojos u oídos, esclerosis múltiple, Parkinson y/o Alzheimer? Le han realizado alguna prueba con resultado positivo para detección de hepatitis viral (B,C), tuberculosis, SIDA, VIH, o alguna otra enfermedad o condición infecto contagiosa.	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? Cantidad diaria: ¿Consumes bebidas alcohólicas diariamente? Cantidad diaria:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Se encuentra embarazada? ¿Mes de gestación?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Realiza alguna actividad y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si usted marcó Sí por favor especifique y/o amplíe su respuesta.

## Detalle de las respuestas afirmativas

Preg.	Enfermedades Padecidas	T	C	Fecha	Duración	Médico/Clínica 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 N° 376 del Código de Comercio. 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: \_\_\_\_\_