

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SEGURO DESGRAVAMEN

DATOS DEL PRIMER TITULAR DEL CRÉDITO

Nombre y Apellidos:		Sexo:	
		Talla:	cm
		Peso:	kgs.
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Ocupación y descripción de labores:			
Giro de la Empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?	
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:	

DATOS DEL SEGUNDO TITULAR (solo si el crédito es mancomunado)

Nombre y Apellidos:		Sexo:	
		Talla:	cm
		Peso:	kgs.
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Ocupación y descripción de labores:			
Giro de la Empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?	
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:	

DATOS DEL CRÉDITO

Importe del Préstamo:	Plazo:	meses
Oficina:	Funcionario:	
Tipo de Préstamo:	Moneda:	
Modalidad de Cobertura:	Deuda Actual (cúmulos)	

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

	TITULAR 1	TITULAR 2
1. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones se aplica a su situación de salud: durante los últimos 10 años estuvo hospitalizado, en rehabilitación, en cura de desintoxicación u operado por enfermedad o accidente, fue visto o tratado por algún especialista en oncología, cardiología, neurología, neumología, endocrinología o psiquiatría, tiene algún grado de discapacidad (física, mental o cognitiva), está bajo tratamiento / supervisión médica o consume cualquier tipo de medicación o drogas (recetadas o no por un médico) de forma regular o continua por más de 30 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Realiza alguna actividad (ocupación o profesión) y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique la cantidad de cigarrillos diarios _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Detalle respuestas afirmativas:			TITULAR 1	TITULAR 2
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	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 y otra persona que me hubiese 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 la Aseguradora, en caso de fallecimiento o invalidez, pueda recabar la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado de forma complementaria al cumplimiento de los requisitos para la atención del siniestro.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Primer Titular

Firma del Segundo Titular