

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SEGURO DE DESGRAVAMEN

### NÚMERO DE DPS

Datos del Primer Titular del Crédito			
Nombres y Apellidos:		Sexo:	
		Talla: cms.	
		Peso: kgs.	
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Ocupación:			
Giro de empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?	
Celular:	Teléfono:	Correo:	
Datos del Segundo Titular (sólo si el crédito es mancomunado)			
Nombres y Apellidos:		Sexo:	
		Talla: cms.	
		Peso: kgs.	
Documento de Identidad:		Fecha de Nacimiento:	
Ocupación:			
Giro de empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?	
Celular:	Teléfono:	Correo:	
Datos del Crédito			
Importe del Préstamo:		Plazo:	
Oficina:		Funcionario:	
Tipo de Préstamo:		Moneda:	
Modalidad de Cobertura:		Deuda Actual (Cúmulos):	

Declaración Personal de Salud	Primer Titular	Segundo Titular
<p>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 tales como: Neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas), hepatitis, meningitis, gineco obstétricas, renales, urinarias, parálisis, enfermedades infecto contagiosas (HIV/SIDA, hepatitis, TBC), alcoholismo o drogadicción, secuelas de accidentes, enfermedades mentales?</p> <p>¿Tiene algún defecto físico congénito o adquirido?</p>		
<p>2. ¿Has padecido o padeces cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente?</p>		

3. Especificar si ambos padres han padecido o padecen alguna de las siguientes enfermedades diagnosticadas antes de los 60 años de edad: Diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cardiovasculares, cáncer, parkinson, esclerosis múltiple, riñón poliquístico.		
4. ¿Te encuentras embarazada? Indica mes de gestación:		
5. ¿Fumas? ¿Cuántos cigarros al día consumes? ¿Consumes bebidas alcohólicas diariamente?		
6. ¿Realizas alguna actividad y/o deporte de riesgo? ¿Cuál? Primer Titular: _____ Segundo Titular: _____		

Detalle de las respuestas afirmativas.				
Enfermedades padecidas			1º Tit.	2º Tit.
Médico/Clínica tratante				
Fecha:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas			1º Tit.	2º Tit.
Médico/Clínica tratante				
Fecha:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas			1º Tit.	2º Tit.
Médico/Clínica tratante				
Fecha:	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 Compañía 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 Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios."

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Titular