

DECLARACIÓN DE SALUD FORMULARIO LARGO

Solicitado para: Ampliación de coberturas Póliza N° _____
 Opción de Continuidad (antes Rehabilitación) Asesor: _____
Agencia: _____

PREGUNTAS PARA SER CONTESTADAS POR EL ASEGURADO

1. a) Nombre completo: _____ b) Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

2 a) ¿Cuál es su ocupación actual?		*Nota: De ser el caso, incluya el detalle en el espacio en blanco
b) ¿Cuáles son sus actividades diarias?		
c) Nombre de su empleador actual		
3. Tiene usted o piensa tener conexión alguna con:	Sí No	
a) El servicio militar o naval	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) La navegación aérea como piloto o de otra forma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. a) ¿Está usted contemplando negociar o está negociando otro seguro de vida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Desde la fecha de su solicitud para la póliza arriba mencionada, ¿ha solicitado usted ya sea formal o informalmente un nuevo seguro, cambio de plan o rehabilitación convencional que haya sido rechazada, postergada o modificada en la clase de riesgo, prima, cantidad o tipo de plan? (En caso afirmativo, indique en qué compañías, fecha y causa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. a) Desde la fecha de la solicitud de la póliza arriba mencionada, ¿se han producido fallecimientos en su familia (padres, hermanos, hermanas, esposo o esposa). Si es así, indique relación, edad y causa de muerte.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. Desde la fecha de la solicitud de la póliza arriba mencionada:		
a) ¿Ha estado enfermo o ha sufrido lesiones? Si es así, indique todas las fechas y detalles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) ¿Ha consultado o ha sido tratado debido a su salud o a su condición física o mental? De ser así brinde los datos y detalles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. ¿Fuma usted actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses cigarrillos, puros, pipas o ha usado algún otro producto relacionado con el tabaco? Si su respuesta es "Sí" indique tipo y cantidad diaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Desde la fecha de solicitud para la póliza arriba mencionada, ¿ha consumido alguna vez drogas que causen adicción excepto por el consejo de un médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. ¿Tiene intención de solicitar consejo médico, tratamiento o hacerse algún examen médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. a) Estatura <input style="width: 50px;" type="text"/> m		
b) Peso <input style="width: 50px;" type="text"/> kg		

<p>11. Sida (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) Describa en detalle cualquier respuesta afirmativa. Desde la fecha de la solicitud para la póliza arriba mencionada:</p> <p>a) ¿Ha recibido consejo médico o tratamiento en relación con el sida o una condición relacionada con el sida o una enfermedad de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) ¿Se le ha dicho que tiene sida o algún complejo relacionado con el sida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) ¿Ha tenido o se le ha informado que ha tenido un examen de sangre positivo para anticuerpos del virus sida (virus de inmunodeficiencia humana)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, nódulos linfáticos inflamados o lesiones inusuales de la piel? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>*Nota: De ser el caso, incluya el detalle en el espacio en blanco</p>
<p>12. ¿Sufre o padece de alguna enfermedad física o mental, dolencia o impedimento físico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>13. En caso el solicitante sea una persona natural: ¿El solicitante certifica que él(ella), como contratante y/o el asegurado (en caso de ser persona distinta), es(son) ciudadano(s), residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU. para los fines del impuesto a la renta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>14. En caso el solicitante sea una persona jurídica: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>a) ¿Cuenta la empresa solicitante con algún accionista que sea ciudadano(s), residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU., con una participación mayor al 10%?</p> <p>b) En caso la pregunta 14 a. sea afirmativa, por favor indique si más del 50% de los ingresos brutos de la empresa provienen de ingresos pasivos; se entiende por ingresos pasivos: dividendos, intereses, rentas y regalías, anualidades, ganancias por venta o intercambio de propiedades, ganancias por las transacciones en commodities, futuros, forwards, etc.</p>	

15. ¿Tiene algún seguro de vida distinto al seguro de Vida Ley actualmente en vigencia? (Incluya pólizas de accidentes personales y seguro de empresa, si existiera alguno)

Nombre de la compañía	Suma asegurada (Vida)	Año de emisión	Beneficio de muerte accidental	Invalidez/Exoneración de pago de primas

<p>DECLARACIÓN DE SALUD FAMILIAR Completar solo para solicitudes de accidentes personales</p> <p>¿Sufre(n) o padece(n) su cónyuge e hijos de alguna enfermedad física o mental, dolencia o impedimento físico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles son las actividades diarias que realiza su cónyuge?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>*Nota: De ser el caso, incluya el detalle en el espacio en blanco</p>
--	--

Declaro, en representación de mi persona y de cualquier persona que tenga o reclame algún interés sobre esta póliza, que cada una de las respuestas que figuran más arriba, son completas y veraces; y estoy de acuerdo en que sean tomadas como única base para la rehabilitación convencional, cambio o emisión del seguro al cual se refiere esta solicitud, y que tal rehabilitación convencional, cambio o emisión no será considerado efectuado por razón de cualquier pago en efectivo o acuerdo tomado en relación con el pago de, o a cuenta de, la suma que ahora se debe, hasta que esta solicitud sea debidamente aprobada en la oficina principal de la compañía, o que la aceptación, retención, depósito o conversión en efectivo de cualquier pago o acuerdo de pago hecho por la compañía o por su agente autorizado no constituirá exoneración o abandono ni afectará a dicha condición de otra forma.

Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la compañía quedará libre de toda responsabilidad de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la compañía podrá informarme la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la compañía a resolver el contrato de seguro.

Firmado en _____, el ____ de _____ de _____



Firma del asesor
Consignar la firma del DNI

Firma del asegurado
Consignar la firma del DNI

Huella digital del asegurado

Documento de identidad
del asegurado