

Declaración de Salud			
Indicar sus medidas simétricas:		Estatura Exacta (mts.)	Peso Exacto (lb.)
N°	Sufre o ha sufrido alguna vez de:	Respuesta	
1	¿Problemas en los ojos, oídos, nariz o garganta, Alergias, Sinusitis, Rinitis, Amígdalas, Estrabismo, Cataratas, Glaucoma, Miopía o Astigmatismo? Especifique:	SI	NO
2	¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, migraña, pérdida del conocimiento, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa? Especifique:	SI	NO
3	¿Palpitaciones, soplo cardíaco, fiebre reumática, angina de pecho, infarto del miocardio, valvulopatías, varices, Accidente Cerebrovascular (ACV), o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio? Especifique:	SI	NO
4	¿Respiración entrecortada, apnea de sueño, ronquera o tos persistente, esputo sanguinolento, bronquitis, pleuritis, asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio agudo? Especifique:	SI	NO
5	¿Hemorragia de cualquier índole, hemofilia, púrpura, enfermedades de la sangre, anemia, leucemia, transfusiones? Especifique:	SI	NO
6	¿Niveles elevados de azúcar o resistencia a la insulina? ¿Diabetes? Especifique:	SI	NO
7	¿Se le ha encontrado elevado el colesterol, triglicéridos? Especifique:	SI	NO
8	¿Bocio o cualquier otro trastorno de las glándulas endocrinas? Especifique:	SI	NO
9	¿Reumatismo, ciática, gota, ácido úrico, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? Especifique:	SI	NO
10	¿Enfermedad de la piel, lipomas, alergias, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer? Especifique:	SI	NO
11	¿Alguna situación que haya requerido Biopsia? Especifique:	SI	NO
12	¿Alteraciones que requirieron la consulta de algún psiquiatra? Especifique:	SI	NO
13	¿Padecimientos que hayan requerido Intervenciones quirúrgicas? Detállese:	SI	NO
14	¿Enfermedades de transmisión sexual? ¿Le han diagnosticado o tratado por SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) o cualquier otro desorden inmunológico? Especifique:	SI	NO
15	¿Alteraciones de la presión, Hipertensión o hipotensión? Especifique:	SI	NO
16	¿Se encuentra bajo tratamiento médico o toma algún medicamento? Especifique:	SI	NO
17	¿Está tomando, aspirina, estatina, atorvastatina, simvastatinas, vitaminas, o algún otro medicamento o Fármaco? En caso de ser afirmativa indique el nombre de los medicamentos: Especifique:	SI	NO
18	¿Infecciones urinarias, sangre o pus en la orina, cistitis, cálculo renal o cualquier otra enfermedad de la vejiga, o riñón? Especifique:	SI	NO
19	¿Hepatitis, cirrosis, hígado graso, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas? Especifique:	SI	NO
20	¿Úlcera, infección por helicobácter pylori, sangrado intestinal, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del Sistema Digestivo? Especifique:	SI	NO
21	¿Le han hecho pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas de esfuerzo? Especifique:	SI	NO
22	¿Alguna situación que haya requerido ser hospitalizado para examen, diagnóstico o tratamiento? Especifique:	SI	NO
23	¿Se le han hecho estudios con Rayos X, ultrasonido o TAC, CAT, Resonancia Magnética, Pet-scan o Laboratorios? Especifique:	SI	NO
24	¿Le han diagnosticado alguna vez alguna enfermedad congénita o hereditaria?, En caso de ser afirmativo, Indique cual. Especifique:	SI	NO
25	¿Se le han practicado estudios para diagnóstico de cáncer? Especifique:	SI	NO

Causales de Terminación de la Póliza

1. Si a la COMPAÑÍA le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada esta Póliza. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada al CONTRATANTE o al ASEGURADO de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del CONTRATANTE o del ASEGURADO dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.
2. Cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO manifiesten su deseo de no continuar con la Póliza.
3. Cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO manifieste su decisión de no renovar la Póliza, mediante aviso por escrito recibido por la COMPAÑÍA con treinta (30) días continuos como mínimo de anticipación a la terminación de la Duración de la Póliza.
4. Cuando el ASEGURADO TITULAR pierda su condición de persona asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás ASEGURADOS.
5. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad, vencido el período de gracia, vencido el período de suspensión y que el ASEGURADO haya recibido el Aviso de Cancelación por parte de la COMPAÑÍA.
6. Por fallecimiento del ASEGURADO o por la ocurrencia de alguna de las condiciones señaladas en esta Póliza como causa u origen de terminación de la Póliza.
7. Declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE o del ASEGURADO.

Declaración

Yo, el Solicitante como Asegurado Principal declaro formalmente:

1. Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y demás Condiciones de la Póliza.
2. Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta Solicitud y otros documentos presentados, son la base utilizada por la COMPAÑÍA para evaluar el riesgo y fijar la Prima.
3. Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad de la COMPAÑÍA por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la COMPAÑÍA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
4. Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la presente Póliza proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Blanqueo de Capitales previstos en la Ley.

Firma del Asegurado:

Fecha:

Informe del propuesta Asegurado suministrado por el Agente/Corredor

1. ¿Conoce Usted bien al Propuesto Asegurado?:
2. ¿Es usted Familiar del Propuesto Asegurado?:
3. ¿Qué ingresos derivan de su ocupación?:
4. ¿Qué ingresos derivan de otras fuentes?:
5. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado?:
6. ¿Tiene conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?:

Observaciones:

Corredores

Razón Social o Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firmas

Lugar y Fecha	Firma del Contratante	Firma del Asegurado