

Declaración de Salud y/o Solicitud de Seguro de Desgravamen

N° XXXXX

Tipo de Seguro

☐ Individual

☐ Mancomunada

☐ Otros

Favor utilice letra de imprenta y legible.

Lugar y Fecha _____

DATOS PERSONALES - TITULAR

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido de Casada	
Fecha de nacimiento		Peso (Kg.)		Talla (m.)			
Tipo de Documento				Sexo			
<input type="checkbox"/> CI		<input type="checkbox"/> Otro		N° Ext.		Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	
Dirección				Barrio/Zona		Ciudad / Localidad	
Telf. Dom.		Telf. Oficina		Tel. Celular		Actividad principal que desempeña	

Nota: Los nombres y apellidos deben aparecer como en el documento de identidad.

DECLARACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA (Marque la respuesta según corresponda)

	SI	NO
1 ¿Ha padecido o padece cualquier enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Tiene algún defecto físico o congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han detectado algún tumor o efectuado alguna prueba para descartar cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Ha sido sometido o le recomendaron alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de marcar SÍ en alguna de las preguntas 1 a 4, detallar las mismas señalando además cuándo ocurrió, duración, tratamiento, fecha de curación, secuelas, observaciones u otros.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

a) Declaro que las respuestas que he consignado en esta solicitud son verdaderas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier declaración falsa, inexacta, omitida u oculta, hará perder todos los beneficios del seguro.

b) Igualmente declaro haber leído y estar de acuerdo con el Certificado de Cobertura Individual, que entrará en vigencia una vez aceptada la solicitud y desembolsado el crédito.

c) Declaro beneficiario a título oneroso de esta póliza al Tomador, para el pago de la suma asegurada existente, en caso de siniestro cubierto de acuerdo a los términos y condiciones del Seguro.

d) Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido o que me atiendan en el futuro, para que proporcionen a Crediseguro S.A. Seguros Personales, todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidente, para lo cual releva a dichos médicos y centros médicos en relación con su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes. Asimismo, autorizo a Crediseguro S.A. Seguros Personales a proporcionar estos resultados al Tomador.

e) El ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite La Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por La Compañía, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

f) EL ASEGURADO acepta la presentación, con calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitara La Compañía misma que será requerida en virtud a la obligación normativa regulatoria que éste mantiene respecto a los controles e informes que realiza por instrucción de la Unidad de Investigaciones Financieras u otras entidades fiscalizadoras.

La firma de la presente Solicitud manifiesta de manera explícita voluntaria mi intención de tomar el seguro, cuyas condiciones generales conozco y cumplir con el pago de las primas correspondientes, sólo si la solicitud fuera aceptada por la Compañía.

NOTA: La Compañía se reserva el derecho de solicitar examen (es) médico (s) o confirmación adicional.

FIRMA DEL SOLICITANTE (TITULAR)

DATOS A SER LLENADOS POR LA ENTIDAD FINANCIERA

Tipo de Crédito: _____	
Moneda: Dólares <input type="checkbox"/> Bolivianos <input type="checkbox"/>	
1. Cúmulo de desembolsos anteriores (no incluye esta operación)	Funcionario (nombre completo)
_____	_____
2. Monto actual solicitado	Sucursal
_____	_____
Monto actual acumulado (1+2)	Plazo del presente crédito
_____	_____
Sello y Firma	
