

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI) OTROS

FEC. DE NACIMIENTO EDAD SEXO M F

OCUPACIÓN ES SU TRABAJO 100% DE OFICINA SI NO

DESCRIPCIÓN DE LABORES

TITULAR	1 Estatura: _____	Peso: _____	2 ¿Consumes Bebidas Alcohólicas con Regularidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONYUGE	1 Estatura: _____	Peso: _____	2 ¿Consumes Bebidas Alcohólicas con Regularidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
AVAL	1 Estatura: _____	Peso: _____	2 ¿Consumes Bebidas Alcohólicas con Regularidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONYUGE AVAL	1 Estatura: _____	Peso: _____	2 ¿Consumes Bebidas Alcohólicas con Regularidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TITULAR	3 ¿Fumas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos diariamente?	_____ Cigarrillos
CONYUGE	3 ¿Fumas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos diariamente?	_____ Cigarrillos
AVAL	3 ¿Fumas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos diariamente?	_____ Cigarrillos
CONYUGE AVAL	3 ¿Fumas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos diariamente?	_____ Cigarrillos

4. ¿PADECES O HAS PADECIDO alguna de las afecciones o alguno de los trastornos siguientes?

	TITULAR	CONYUGE	AVAL	CONYUGE AVAL
A. Tuberculosis, Neumonía, Enfisema o Silicosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
B. Hipertensión, Lesión o Debilidad del corazón e Infartos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
C. Epilepsia, Parálisis o Enfermedad Mental	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
D. Enfermedad del Bazo, Hígado, Riñones o Páncreas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E. Leucemia, Diabetes, Mellitus, Hepatitis B o Meningitis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
F. VIH/SIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
G. Cáncer o Tumores	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿Tienes conocimiento de padecer cualquier enfermedad grave a la que no se haya aludido directamente en este documento? SI NO

Cualquier respuesta afirmativa, de los solicitantes, debe acompañarse de una completa información al respecto. (Fecha, severidad, tratamiento, Nro. De Ataques y fecha de último si lo hubo, nombre del médico tratante, hospital, etc)

DATOS DEL CRÉDITO

Importe: Plazo (Meses): Moneda:

Declaro que la información suministrada y contenido en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del seguro y que una declaración falsa y/o reticente de mi parte implica la nulidad de la póliza de acuerdo al Art. 376 del código del comercio, en fe de lo cual autorizo expresamente a cualquier médico tratante a proporcionar a la Compañía aseguradora toda la información, debidamente documentada, del tratamiento al que haya sido sometido sin limitación alguna. Firmado en señal de conformidad.

Lugar: Fecha:

	FIRMA TITULAR	FIRMA CONYUGE	FIRMA AVAL	FIRMA CONYUGE AVAL
Nombre y Apellidos	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Sexo	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ocupación	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>