



**DECLARACIÓN DE SALUD
SEGURO COLECTIVO SALDO DEUDOR**

PÓLIZA No. _____

CONTRATANTE: _____

SUCURSAL: _____ PROMOTOR: _____

TIPO DE PRÉSTAMO HIPOTECARIO PERSONAL AUTO

SOLICITANTE: _____ CÉDULA No. _____

OCUPACIÓN: _____ SEXO: M F

FECHA DE NACIM.: _____ EDAD: _____ S. SOCIAL No. _____

SUMA ASEGURADA: _____ REFINANCIAMIENTO SÍ NO

TÉRMINO DEL SEGURO: _____ MESES PRÉSTAMO No. _____

FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿ Está usted actualmente bajo tratamiento u observación médica o tiene la intención de buscar consejo médico o se le ha recomendado algún tratamiento o hacer cualquier prueba médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En los últimos cinco años, ha sido sometido a cualquier prueba diagnóstica, o ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido cualquier enfermedad; como diabetes, enfermedad del corazón, presión arterial alta, cáncer, úlcera, enfermedad de tipo mental o nerviosa, defecto o lesión o ha tenido intervención quirúrgica, consejo médico o tratamiento en un hospital. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿ Ha sido tratado o le han diagnosticado de haber sufrido de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo relacionado al SIDA (CRS), o ha tenido resultados positivos de pruebas sanguíneas relacionadas al SIDA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿ Alguna otra lesión o enfermedad no mencionada anteriormente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿ Alguna actividad, deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa en el pasado o presente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. EN CASO DE SER MUJER: ¿ Ha tenido alguna vez trastorno de la mama o el aparato genital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. PARA MUJERES: Según su leal saber y entender: a) ¿ Está usted embarazada? (Detallar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿ Ha tenido partos? En caso afirmativo: Normal, Cesárea, Complicado (Detallar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DETALLE DE LAS PREGUNTAS AFIRMATIVAS (INDIQUE NÚMERO DE LA PREGUNTA): Incluya diagnóstico, fechas, duración, nombres y direcciones de todos los médicos que intervinieron e instituciones médicas.

PESO _____ lbs.

ESTATURA: _____

El abajo firmante ratifica ser exactas y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, pudiendo ser causa de nulidad de la cobertura del seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en la presente declaración y releva expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en dolencia y le autoriza a revelar a la Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

PARA USO DE LA CÍA. DE SEGUROS

Panamá, ____ de ____ de ____

FIRMA LEGAL DEL ASEGURADO

EXAMEN MEDICO

SÍ _____
NO _____

FECHA _____

CAMBIO DE SUMA ASEG.

SA Anterior _____
SA Nueva _____

Fecha. Aprob. _____ Tarifa _____

DOC. ADJUNTOS

_____ Ex. Médico
_____ Laboratorios

_____ Resolución