

Declaración de Salud

Indicar sus medidas simétricas: Estatura Exacta (mts.) Peso Exacto (lb.)

Nº	Indicar sus medidas simétricas:	Estatura Exacta (mts.)	Peso Exacto (lb.)
1	¿Sufre o ha sufrido alguna vez de:  1. ¿Problemas en los ojos, oídos, nariz o garganta, Alergias, Sinusitis, Rinitis, Amígdalas, Estrabismo, Cataratas, Glaucoma, Miopía o Astigmatismo? Especifique:		SI NO
2	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	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	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	5. ¿Hemorragia de cualquier índole, hemofilia, púrpura, enfermedades de la sangre, anemia, leucemia, transfusiones? Especifique:		SI NO
6	6. ¿Niveles elevados de azúcar o resistencia a la insulina? ¿Diabetes? Especifique:		SI NO
7	7. ¿Se le ha encontrado elevado el colesterol, triglicéridos? Especifique:		SI NO
8	8. ¿Bocio o cualquier otro trastorno de las glándulas endocrinas? Especifique:		SI NO
9	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	10. ¿Enfermedad de la piel, lipomas, alergias, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer? Especifique:		SI NO
11	11. ¿Alguna situación que haya requerido Biopsia? Especifique:		SI NO
12	12. ¿Alteraciones que requirieron la consulta de algún psiquiatra? Especifique:		SI NO
13	13. ¿Padecimientos que hayan requerido Intervenciones quirúrgicas? Detállese:		SI NO
14	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	15. ¿Alteraciones de la presión, Hipertensión o hipotensión? Especifique:		SI NO
16	16. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico o toma algún medicamento? Especifique:		SI NO
17	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	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	19. ¿Hepatitis, cirrosis, hígado graso, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas? Especifique:		SI NO
20	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	21. ¿Le han hecho pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas de esfuerzo? Especifique:		SI NO
22	22. ¿Alguna situación que haya requerido ser hospitalizado para examen, diagnóstico o tratamiento? Especifique:		SI NO
23	23. ¿Se le han hecho estudios con Rayos X, ultrasonido o TAC, CAT, Resonancia Magnética, Pet-scan o Laboratorios? Especifique:		SI NO
24	24. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna enfermedad congénita o hereditaria?, En caso de ser afirmativo, Indique cual. Especifique:		SI NO
25	25. ¿Se le han practicado estudios para diagnóstico de cáncer? Especifique:		SI NO

26	¿Se le ha recomendado o tiene pendiente someterse a pruebas diagnósticas, Tratamientos, hospitalización o alguna intervención quirúrgica que no se haya realizado? Especifique:					SI	NO
Nº	En caso de Mujeres:						
27	¿Está en control Ginecológico? De ser Afirmativo, Indique el nombre del Doctor.					SI	NO
28	¿Está embarazada? De ser afirmativo ¿Cuántos meses tiene? Dé nombre y dirección del médico que la atiende:					SI	NO
29	¿Ha tenido abortos? Especifique:					SI	NO
30	¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en: senos, matriz, útero u ovarios? Especifique:					SI	NO
31	¿Ha tenido hemorragias o infecciones vaginales? Especifique:					SI	NO
32	¿Son regulares sus períodos menstruales? ¿28 o 30 días? Especifique:					SI	NO
33	¿Está bajo tratamiento de anticonceptivo? Especifique:					SI	NO
34	Fecha de la última menstruación: / / Número de Partos: Normal Cesárea					SI	NO
35	¿Cuándo fue su última Citología o PAP? / / Indique Resultado: Normal: Alterados Requiere Biopsia Repetir					SI	NO
Nº	En caso de Hombres:						
36	¿Se le ha encontrado un valor de PSA mayor a 2.5?					SI	NO
37	¿Padece de prostatitis, hipertrofia prostática benigna, nódulo prostático?					SI	NO
38	¿Se le ha aconsejado o realizado biopsia de próstata?					SI	NO
39	¿Se le ha operado de la próstata?					SI	NO
Nº	Por favor responder las siguientes preguntas de Estilo de Vida:						
40	¿Ha viajado como piloto, en helicópteros o aviones privados? Especifique:					SI	NO
41	¿Practica algún deporte extremo, aunque sea ocasionalmente? Ejemplos: Motorizados, paracaidismos, buceo, carreras de autos u otras actividades peligrosas? Especifique:					SI	NO
42	¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? En caso afirmativo, fecha de último cigarrillo / / Si, cuántos al día:					SI	NO
43	¿Ha sido condenado por un crimen? Especifique:					SI	NO
44	¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas? Especifique:					SI	NO
45	¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? Especifique:					SI	NO

Explique en Detalle: tipo de padecimiento, fecha, duración, médico tratante, tipo de tratamiento o Intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo médico, nombre del médico y clínica donde se encuentra.

Pregunta N°	Padecimiento	Tipo de Tratamiento	Fecha de Ocurrencia	Nombre del Médico Tratante	Clínica

Por favor en caso de requerir indicar más detalle para alguno de los solicitantes de este seguro, por favor aclare los puntos en este espacio:


Seguros Vigentes						
Compañía	Tipo de Seguro	Monto Asegurado	En vigor desde			
Antecedentes Familiares del Asegurado						
Parentesco	Vivos		Fallecidos			
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecer	Causas de la Muerte		
Padre						
Madre						
Hijos ( )						
Hermanos ( )						
Datos de la Póliza						
Suma Asegurada:	Prima Anual:	Duración del Contrato: Años		Pago de Prima: Años		
Forma de Pago:				Cantidad de Cuotas:		
	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual		
Acreencia Bancaria:	SI NO	Banco:	Monto:	Es Fumador: SI NO		
Cobertura Contratada: Muerte por Cualquier Causa Incapacidad Total y Permanente						
Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal						
Beneficiarios Principales						
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Sexo	Nacionalidad	Parentesco	Porcentaje (%)	Fecha de Nacimiento
		M F				
		M F				
		M F				
Beneficiarios Contingentes						
		M F				
		M F				
Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a: con Cédula de Identidad Personal N° , y en su defecto a con Cédula de Identidad Personal N° , a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba (n) de la Compañía, sin que esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.						
Autorización y Compromiso						
Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud para suministrar a Banesco Seguros S.A. todos los datos que posean sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento. Asimismo, autorizo a Banesco Seguros S.A. a recabar cualquier información relacionada con mi estado de salud y a verificar los datos declarados en esta solicitud.						
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.						

**Informe del propuesto 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