

Póliza N°: _____

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	N° de Cédula:	Nacionalidad:
				Tiene Residencia Permanente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ocupación:	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:	
Peso en kilogramos:	Estatura en metros:	Fuma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Índice de masa corporal:	
¿Practica algún deporte, pasatiempo u ocupación peligroso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo por favor especifique:		

CUESTIONARIO	1. ¿Ha tenido o consultado por cualquiera de las siguientes enfermedades o ha sido enviado a análisis o investigaciones por cualquiera de estas enfermedades?:
	1.1 Presión arterial elevada, aumento del colesterol o triglicéridos, dolor de pecho, ataque cardíaco o cualquier otro trastorno del corazón. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.2 Hemorragia o embolia cerebral, epilepsia o cualquier padecimiento que afecta el cerebro. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.3 Cualquier tipo de cáncer. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.4 Diabetes. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.5 Enfermedades de los riñones. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.6 Abuso de alcohol por lo que la reducción en su consumo le fue recomendada por consejo médico. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.7 Alguna enfermedad autoinmune, tales como: (Lupus, Artritis Reumatoidea, Esclerodermia, Espondilitis, Esclerosis u otras). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.8 Ansiedad, depresión o cualquier enfermedad mental o nerviosa con duración de más de tres meses o que requirió tratamiento. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	1.9 Alguna enfermedad de los Pulmones. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.10 Alguna enfermedad del Estómago, Intestino o Hígado. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
1.11 ¿Está usted pensionado y/o incapacitado de forma total y permanente o a la espera de una declaración de incapacidad total y permanente. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Padece alguna enfermedad y/o condición que no fue mencionada o se encuentra en estudios por algún síntoma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Ha perdido peso sin causa conocida en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Ha sido usted alguna vez encontrado positivo para el VIH/SIDA, hepatitis B o C, o está usted esperando por los resultados de alguna de estas pruebas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Le ha sido pospuesta o rechazada, retirada o expedida en condiciones especiales una solicitud para seguro de vida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha sido usted diagnosticado por COVID-19, presenta o ha presentado algún síntoma o condición relacionada con el COVID-19 o está esperando el resultado de alguna prueba de COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Se encuentra actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Por la presente convenio y manifiesto que todas las declaraciones y respuestas anteriores, han sido dictadas o escritas por mí, así como las declaraciones que eventualmente haga al médico examinador que disponga el Instituto Nacional de Seguros, son completas y verdaderas, y forman la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de seguros para emitir la póliza que por la presente se solicita. Además, acepto que cualesquiera contestaciones inexactas o supresión de hechos con respecto a mi salud, hábitos o circunstancias, y la falta de pago de una prima dentro de los treinta días de gracia, conforme se especifica en la póliza, causará la nulidad de la misma y la pérdida de las primas pagadas (Artículo 6 Ley de Seguros 1922), excepto en los casos previstos por la póliza. Convengo que ni yo ni mis representantes legales ni ninguna otra persona interesada en esta póliza, objetarán en ningún tiempo que un médico declare cualesquiera hechos que puedan relacionarse con el presente contrato cuando el instituto lo solicite. Asimismo relevo de toda responsabilidad a la Caja Costarricense del Seguro Social, a cualquier otro Hospital o clínica particular y al Instituto Nacional de Seguros, cuando el contenido de los expedientes clínicos deba ser revelado por interés de mis beneficiarios o como consecuencia de una acción judicial.

Este documento sólo constituye una declaración de salud, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora de Seguros, Ley 8653 bajo el registro número

_____ de fecha _____

Firma del asegurado	Lugar	Fecha	Firma del Intermediario