

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE PARA UN SEGURO DE VIDA SIN EXAMEN MEDICO (V7)

Nombre del Producto: _____ Monto Asegurado: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro Número de identificación: _____

Lugar de residencia: _____ Tiempo de residencia en C.R.: _____ ¿Será permanente?
 Si No

Profesión u Ocupación: _____ Origen de sus ingresos:
 Ocupación y/o trabajo remunerado Pensión Ingreso mensual bruto: _____

Peso exacto y estatura: _____ En los últimos 6 meses su peso ha: aumentado disminuido se mantiene

Kgs: _____ Mts: _____ ¿Cuántos Kilos?: _____ Motivo: _____

¿Practica algún deporte u ocupación adicional?: Si No Tipo y frecuencia de práctica: _____

¿Consume tabaco u otros productos para fumar / inhalar?: Si No ¿Tipo?: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

¿Dejó de consumir?: Si No No Aplica ¿Hace cuánto?: _____

¿Usa bebidas alcohólicas?: Si No

En caso afirmativo, indique desde cuándo: _____ a) Clase: _____ b) Frecuencia: _____ c) Cantidad: _____

¿Es usted o ha sido alcohólico?: Si No Detalles: _____

¿Usa usted algún fármaco, medicamento, droga y/o ha recibido tratamiento con medicina nuclear, isótopos radioactivos o quimioterapia?: Si No

En caso afirmativo, detalle: nombre, motivo, frecuencia-fecha, cantidad: _____

¿Padece o ha padecido alguna condición, estado, enfermedad o traumatismo por la cual ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, cheques, hospitalizaciones, controles y/o medicamentos o se encuentra en estudio?: Si No En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación:

Nombre de la condición, enfermedad o traumatismo	Fecha de diagnóstico	Tratamiento(s) recibido(s)	Estado actual	Si fue dado de alta ¿En qué fecha?	Nombre y dirección de médicos que le atendieron, clínica u hospital.

¿Ha resultado usted positivo para Covid 19?: Sí No Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de alta: _____

¿Requirió usted de hospitalización?: Sí No

¿Qué tipo de atención recibió en el Centro Hospitalario?:
 No aplica Sala Cuidados Generales Cuidados Intermedios UCI con ventilación UCI sin ventilación

¿Presenta usted síntomas persistentes (Síndrome Post Covid 19) y/o secuelas?: _____

¿Ha recibido el esquema completo de vacunación contra el SARS-CoV-2 (Covid 19)? Sí No Indique la fecha de la última dosis: _____

¿Está usted tramitando o tiene pensado tramitar en el corto plazo una incapacidad por invalidez?: Sí No

¿Intervenciones quirúrgicas realizadas y/o pendientes?: Sí No En caso afirmativo detalle cuáles: _____

PREGUNTA ADICIONAL PARA LAS MUJERES

¿Se encuentra actualmente embarazada?: Sí No ¿Cuánto tiempo tiene de embarazo?: _____ ¿Ha tenido alguna complicación?: _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi claro entendimiento y autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales e instituciones de salud, a que suministren información completa (Incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud, al Instituto Nacional de Seguros.

Así mismo, autorizo al Instituto Nacional de Seguros para que obtenga información adicional en relación con los aspectos que influyen en la determinación del riesgo moral y/o financiero. Quedo entendido que si las respuestas llegaren afectar la apreciación del riesgo o si se comprobare falsedad en ellas, se dará la nulidad del presente contrato de seguro, perdiendo el suscrito y los beneficiarios cualquier derecho a indemnización que pudiere tener. Por tanto, declaro bajo juramento que el presente cuestionario fue debidamente contestado y responde en forma fiel y exacta a la verdad de los hechos. Agrego además que tanto las preguntas del cuestionario como las cláusulas del contrato me han sido explicadas y aclaradas en forma suficiente y a mi entera satisfacción por el agente de Seguros.

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

Firma del Asegurado:

Lugar:

Fecha:

Firma y numero del Intermediario:

--	--	--	--