

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Mediante el presente Formulario, en conformidad con la Declaración de Salud que precede, solicito a , como Entidad Aseguradora, se me otorgue el Seguro de Desgravamen Hipotecario, con referencia al préstamo que al presente gestiono ante(Entidad de Intermediación Financiera)..... De la ciudad de..... Por el plazo de..... (Meses), con destino a.....

Para los efectos que corresponda declaro y doy absoluta conformidad a todas y cada una de las condiciones y estipulaciones establecidas por la Entidad Aseguradora, sobre concesión, vigencia y caducidad del citado seguro, según el Reglamento Aprobado, obligándome a pagar las primas mensuales del seguro solicitado.

Yo..... (Solicitante).....

Lugar y Fecha.....

DECLARACION JURADA DE SALUD PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Nombre Completo:

Carnet de Identidad:

Entidad de Intermediación Financiera:

Monto del Préstamo (Bs/US\$):

Fecha de Nacimiento:

Ocupación Principal:

Estatura:

Peso:

1) Tiene o ha tenido alguna enfermedad que requirió hospitalización?

SI

NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....

2) Tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?

SI

NO

3) Tiene o ha tenido problemas o enfermedades cardiacas?

SI

NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....

4) Ha sido sometido a alguna operación quirúrgica en los últimos tres años?

SI

NO

5) Fuma más de diez cigarrillos diarios?

SI

NO

6) Tiene Sida o es portador del virus de la Inmunodeficiencia Humana- VIH?

SI

NO

7) Realiza o participa usted de alguna actividad o deporte de alto riesgo?

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....

8) Está recibiendo tratamiento médico?

SI

NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, favor especificar:

.....

Declaro que las respuestas que he consignado en este Formulario de Solicitud de Seguro de Desgravamen Hipotecario y Declaración de Salud son verdaderas y completas.

Autorizo, a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido para que proporcionen a la Entidad Aseguradora, todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidentes, para lo cual libero a dichos Médicos y centros médicos, en relación con su secreto profesional, de Responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes.

Solicitante: (Nombre y firma).....