



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD  
SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Formato aprobado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros –APS mediante R.A No.821 del 19/10/2012  
Código 206-934901-2000 03 006 3013

Estimado Cliente, agradeceremos completar la información que se requiere a continuación: (utilice letra clara)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nº Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Dirección Comercial: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono Domicilio.: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO:

1. ¿Se encuentra usted actualmente sano?

Si☐

No☐
2. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? ¿Cuál?

Si☐

No☐
3. ¿Tiene SIDA o es portador de HIV?

Si☐

No☐
4. ¿Practica algún deporte a nivel profesional o considerado de alto riesgo? (Alpinismo, automovilismo, etc.)

Si☐

No☐

DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

5. ¿Ha recibido tratamiento por más de 30 días o le han recomendado exámenes médicos?

Si☐

No☐
6. ¿Le han recetado medicamentos para su consumo por un lapso mayor a 30 días?

Si☐

No☐
7. ¿Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas ó ha sido hospitalizado por algún motivo?

Si☐

No☐

SI ALGUNA DE SUS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA (A EXCEPCIÓN DE LA RESPUESTA PARA LA PRIMERA PREGUNTA), POR FAVOR BRINDE LOS DETALLES PARA QUE SU SOLICITUD SEA SOMETIDA A CONSIDERACIÓN Y, SI CORRESPONDE, ACEPTACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

DETALLES: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO SEPELIO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

Declaro haber contestado con total veracidad y máxima buena fe a todas las preguntas del presente cuestionario y no haber omitido u ocultado hechos y/o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato de seguro. Las declaraciones de salud que hacen anulable el Contrato de Seguros y por las que el asegurado pierde su derecho a indemnización, se enmarcan en los artículos 992: OBLIGACION DE DECLARAR; 993: RETICENCIA O INEXACTTUD; 994: AUSENCIA DE DOLO; 999: DOLO O MALA FE; 1038: PERDIDA AL DERECHO DE LA INDEMNIZACION; 1138: IMPUGNACION DEL CONTRATO; 1140: ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO, del Código de Comercio.

Relevo expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que me hubiese asistido y/o tratado de dolencias y enfermedades y le autorizo a revelar a Nacional Vida Seguros de Personas S.A. todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarme sus servicios. Entiendo que de presentarse alguna eventualidad contemplada bajo la póliza de seguro como consecuencia de alguna enfermedad existente conocida a la fecha de la firma de este documento; y/o cuando haya alcanzado la edad límite estipulada en la póliza, la compañía aseguradora quedará liberada de toda la responsabilidad en lo que respecta a mi seguro. Declaro haber leído el presente documento y estar en conocimiento de las condiciones descritas.

NOTA IMPORTANTE:

EL SOLICITANTE ACEPTA QUE LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA DE SALUD ES VALIDA PARA LAS CONDICIONES FINALES DEL CRÉDITO APROBADO POR EL BANCO. LA POLIZA MATRIZ SURTIRA SUS EFECTOS PARA EL SOLICITANTE QUIEN SE CONVERTIRA EN ASEGURADO A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL CREDITO SE CONCRETE, SALVO EN LOS SIGUIENTES CASOS: A) QUE EL SOLICITANTE DEBA CUMPLIR CON OTROS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES DE LA POLIZA Y A REQUERIMIENTO DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA. B) QUE EL SOLICITANTE HAYA RESPONDIDO POSITIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA DECLARACION JURADA DE SALUD (CON EXCEPCION DE LA PREGUNTA 1). PARA AMBOS CASOS SE INICIARÁ LA COBERTURA DE SEGURO A PARTIR DE LA ACEPTACION DE LA COMPAÑIA

LA FIRMA DEL SOLICITANTE EN ESTE DOCUMENTO, ES TAMBIÉN VALIDA JURÍDICAMENTE PARA EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN QUE CONSTA EN EL REVERSO DE ESTA SOLICITUD.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE

CRÉDITO SOLICITADO: (a ser completado por la Entidad Financiera)

MONTO SOLICITADO

☐ USD

\_\_\_\_\_

☐ Bs.

MONTO TOTAL ACUMULADO

\_\_\_\_\_

(expresado en dólares americanos)

TIPO DE CRÉDITO:

\_\_\_\_\_

PLAZO DEL CRÉDITO SOLICITADO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL BANCO