



pacífico

Pacífico Seguros de Vida
Declaración de Salud Vida Grupo

No deje preguntas sin contestar

N° de Póliza		Nombre de la Empresa				Fecha de Ingreso de la Póliza	
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres	
Fecha de Nacimiento		Sexo	Estado Civil	Estatura	Peso	Documento de Identidad	
Domicilio del Solicitante					Teléfono (*)		Teléfono de Trabajo
Sueldo o Planilla				Suma Asegurada			

Declaración de Salud de la persona por asegurar.

No deje preguntas sin contestar

	SÍ	NO
1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿ Es usted portador y/o ha sido diagnosticado y/o padecido de VIH/SIDA, aneurisma, arritmia cardiaca, bocio tóxico (hipertiroidismo), cáncer, cardiomiopatías, diabetes mellitus, dolencia cerebro-vascular, dolencia hipertensiva, dolencia isquémica y/o reumática crónica del corazón, dolencia mental de todas las especies, encefalitis, esclerosis múltiple, hepatitis virótica, insuficiencia cardiaca, inflamación renal, neoplasia (tumor), sífilis, tuberculosis, cirrosis, insuficiencia renal; o, se encuentra a la espera del resultado de algún examen médico?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿ Tiene algún impedimento o afectación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿ Usted ha recibido tratamiento médico o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ Ha aumentado su peso en 5 kilos o más en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le han detectado algún tumor o se ha sometido a alguna prueba para descartar cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Participa o practica alguna actividad, deporte o hobby peligroso, entendiéndose por éstos a los deportes o hobbies en los cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es consumidor de cigarros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo mencione la cantidad diaria aproximada: T1 _____ T2 - _____ <input type="text"/>		

OBSERVACIONES: Cualquier respuesta afirmativa de las preguntas 2 al 5, indique a continuación:

Enfermedad o Dolencia	Fecha de Diagnóstico	Estado Actual	Observaciones

El solicitante declara que las informaciones suministradas en la presente declaración son verdaderas reconociendo que las mismas constituyen la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica la nulidad de la cobertura de acuerdo al Artículo 376 del código de comercio, autorizando expresamente a cualquier médico tratante a proporcionar a el Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, información documentada del tratamiento el que haya sido sometido sin limitación alguna, incluida información sobre HIV/Sida.

 Fecha

 Firma del Solicitante
 Consignar la Firma del D.N.I.