

DECLARACIÓN DE SALUD REDUCIDA

La Solicitud será escrita con la mayor claridad, limpieza y cuidado de manera que pueda leerse sin dificultad, sin que existan raspaduras, testaduras, entrerenglonaduras ni enmiendas. De existir éstas, determinará que la Compañía no acepte el ingreso de la presente Solicitud"

1. DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo Electrónico: _____

Profesión y Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____.

Suma a Asegurar: _____

2. DECLARACIÓN DE SALUD

Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Mts.

¿Ha sufrido presión alta? Si ☐ Consigne las cifras: Máxima: _____

No ☐ Mínima: _____

¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? En caso afirmativo, indique detalles.

¿Ha sufrido alguna enfermedad durante los últimos cinco años? En caso afirmativo, indique detalles.

¿Esta en tratamiento u observación de un medico? En caso afirmativo, indique detalles.

3. DECLARACIÓN JURADA

Declara que: a) La información contenida en la presente Declaración de Salud es completa y exacta, así como lo que he dado a diere como complemento de la misma. De aceptar SURCO esta Declaración de Salud constituirá la base de la Póliza de Seguros. b) Asumo total responsabilidad por la información contenida, aún la no escrita por mí.

Convengo que: a) SURCO extiende la cobertura contenida en la Póliza, basándose en las declaraciones por mí realizadas en la presente Declaración de Salud y los demás documentos relacionados con esta Póliza. Las falsas declaraciones y la reticencia imputable a dolo o mera negligencia en que incurra al formular la Declaración de Salud que induzcan a error a SURCO sobre la calificación o determinación de los riesgos harán nulo el seguro, perdiéndose los derechos a la indemnización y quedando los premios en beneficio de SURCO. B) El enunciado rector del Contrato de Seguro es la "buena fe", entendiéndose por tal la calidad jurídica de la conducta que debe observar cada persona involucrada en la Póliza, tanto en el momento de la celebración del Contrato como en su ejecución; caracterizada por la honradez, lealtad, sinceridad y fidelidad recíprocas.

Autoriza: Si: ____ No: ____ A toda Institución Médica, a sus integrantes médicos, técnicos o administrativos y a cualquier otra persona que corresponda a que informe y emita copia de la historia clínica sobre mi estado de salud pasado, actual o futuro ante requerimiento de la Compañía; del mismo modo a otras Compañías Aseguradoras ante requerimiento de la Compañía.

Fechado en _____, _____ de _____ de _____.

Firma

Aclaración

4. PARA USO EXCLUSIVO DE SURCO

Póliza o Grupo: _____

Recibido: Fecha: ____/____/____. Firma: _____