

| Declaración de Salud            |   |                        |                   |
|---------------------------------|---|------------------------|-------------------|
| Indicar sus medidas simétricas: |   | Estatura Exacta (mts.) | Peso Exacto (lb.) |
| N°                              | Sufre o ha sufrido alguna vez de:   | Respuesta              |                   |
| 1                               | ¿Problemas en los ojos, oídos, nariz o garganta, Alergias, Sinusitis, Rinitis, Amígdalas, Estrabismo, Cataratas, Glaucoma, Miopía o Astigmatismo?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 2                               | ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, migraña, pérdida del conocimiento, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 3                               | ¿Palpitaciones, soplo cardíaco, fiebre reumática, angina de pecho, infarto del miocardio, valvulopatías, varices, Accidente Cerebrovascular (ACV), o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?<br>Especifique: | SI                     | NO                |
| 4                               | ¿Respiración entrecortada, apnea de sueño, ronquera o tos persistente, esputo sanguinolento, bronquitis, pleuritis, asma, enfisema, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio agudo?<br>Especifique:                     | SI                     | NO                |
| 5                               | ¿Hemorragia de cualquier índole, hemofilia, púrpura, enfermedades de la sangre, anemia, leucemia, transfusiones?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 6                               | ¿Niveles elevados de azúcar o resistencia a la insulina? ¿Diabetes?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 7                               | ¿Se le ha encontrado elevado el colesterol, triglicéridos?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 8                               | ¿Bocio o cualquier otro trastorno de las glándulas endocrinas?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 9                               | ¿Reumatismo, ciática, gota, ácido úrico, neuritis, artritis o trastornos de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 10                              | ¿Enfermedad de la piel, lipomas, alergias, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 11                              | ¿Alguna situación que haya requerido Biopsia?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 12                              | ¿Alteraciones que requirieron la consulta de algún psiquiatra?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 13                              | ¿Padecimientos que hayan requerido Intervenciones quirúrgicas?<br>Detállese:  | SI                     | NO                |
| 14                              | ¿Enfermedades de transmisión sexual? ¿Le han diagnosticado o tratado por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o cualquier otro desorden inmunológico?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 15                              | ¿Alteraciones de la presión, Hipertensión o hipotensión?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 16                              | ¿Se encuentra bajo tratamiento médico o toma algún medicamento?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 17                              | ¿Está tomando, aspirina, estatina, atorvastatina, simvastatinas, vitaminas, o algún otro medicamento o Fármaco? En caso de ser afirmativa indique el nombre de los medicamentos:<br>Especifique:                                    | SI                     | NO                |
| 18                              | ¿Infecciones urinarias, sangre o pus en la orina, cistitis, cálculo renal o cualquier otra enfermedad de la vejiga, o riñón?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 19                              | ¿Hepatitis, cirrosis, hígado graso, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 20                              | ¿Úlcera, infección por helicobácter pylori, sangrado intestinal, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del Sistema Digestivo?<br>Especifique:               | SI                     | NO                |
| 21                              | ¿Le han hecho pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas de esfuerzo?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 22                              | ¿Alguna situación que haya requerido ser hospitalizado para examen, diagnóstico o tratamiento?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |
| 23                              | ¿Se le han hecho estudios con Rayos X, ultrasonido o TAC, CAT, Resonancia Magnética, Pet-scan o Laboratorios?<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 24                              | ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna enfermedad congénita o hereditaria?, En caso de ser afirmativo, Indique cual.<br>Especifique:   | SI                     | NO                |
| 25                              | ¿Se le han practicado estudios para diagnóstico de cáncer?<br>Especifique:  | SI                     | NO                |



| Seguros Vigentes |                |                 |                |
|------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Compañía         | Tipo de Seguro | Monto Asegurado | En vigor desde |
|                  |                |                 |                |
|                  |                |                 |                |
|                  |                |                 |                |

| Antecedentes Familiares del Asegurado |       |                 |                  |                     |
|---------------------------------------|-------|-----------------|------------------|---------------------|
| Parentesco                            | Vivos |                 | Fallecidos       |                     |
|                                       | Edad  | Estado de Salud | Edad al Fallecer | Causas de la Muerte |
| Padre                                 |       |                 |                  |                     |
| Madre                                 |       |                 |                  |                     |
| Hijos (    )                          |       |                 |                  |                     |
|                                       |       |                 |                  |                     |
| Hermanos (    )                       |       |                 |                  |                     |
|                                       |       |                 |                  |                     |

| Datos de la Póliza    |  |                        |        |                      |
|-----------------------|--|------------------------|--------|----------------------|
| Suma Asegurada:       | Prima Anual:   | Duración del Contrato: | Años   | Pago de Prima: Años  |
| Forma de Pago:        | Anual    Semestral    Trimestral    Mensual                  | Cantidad de Cuotas:    |        |                      |
| Acreencia Bancaria:   | SI    NO   | Banco:                 | Monto: | Es Fumador: SI    NO |
| Cobertura Contratada: | Muerte por Cualquier Causa    Incapacidad Total y Permanente |                        |        |                      |

| Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal |                    |        |              |            |                |                     |
|--|--------------------|--------|--------------|------------|----------------|---------------------|
| Beneficiarios Principales                                      |                    |        |              |            |                |                     |
| Nombre(s) y Apellido(s)  | Cédula / Pasaporte | Sexo   | Nacionalidad | Parentesco | Porcentaje (%) | Fecha de Nacimiento |
|  |                    | M    F |              |            |                |                     |
|  |                    | M    F |              |            |                |                     |
|  |                    | M    F |              |            |                |                     |
| Beneficiarios Contingentes                                     |                    |        |              |            |                |                     |
|  |                    | M    F |              |            |                |                     |
|  |                    | M    F |              |            |                |                     |

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a: con Cédula de Identidad Personal N° \_\_\_\_\_, y en su defecto a \_\_\_\_\_ con Cédula de Identidad Personal N° \_\_\_\_\_, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba (n) de la Compañía, sin que esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.

**Autorización y Compromiso**

Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud para suministrar a Banescos Seguros S.A. todos los datos que posean sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento. Asimismo, autorizo a Banescos Seguros S.A. a recabar cualquier información relacionada con mi estado de salud y a verificar los datos declarados en esta solicitud.

**Declaración**

Yo, el Solicitante como Asegurado Principal declaro formalmente:

- Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y demás Condiciones de la Póliza.
- Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta Solicitud y otros documentos presentados, son la base utilizada por la COMPAÑÍA para evaluar el riesgo y fijar la Prima.
- Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad de la COMPAÑÍA por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la COMPAÑÍA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la presente Póliza proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Blanqueo de Capitales previstos en la Ley.

**Informe del propuesto Asegurado suministrado por el Agente/Corredor**

1. ¿Conoce Usted bien al Propuesto Asegurado?:
2. ¿Es usted Familiar del Propuesto Asegurado?:
3. ¿Qué ingresos derivan de su ocupación?:
4. ¿Qué ingresos derivan de otras fuentes?:
5. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado?:
6. ¿Tiene conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?:

Observaciones:

**Corredores**

| Razón Social o Apellidos y Nombres | Código | % Participación | Firmas |
|------------------------------------|--------|-----------------|--------|
|                                    |        |                 |        |
|                                    |        |                 |        |
|                                    |        |                 |        |

| Lugar y Fecha | Firma del Contratante | Firma del Asegurado |
|---------------|-----------------------|---------------------|
|               |                       |                     |