|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD  POLIZA SEGURO VIDA DEUDOR |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Complete el formulario y adjúntelo en el proceso de solicitud de crédito. Recuerde que, de la veracidad de la información aquí contenida, depende el reconocimiento del seguro. | | | | | | | | | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |  | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | Fecha de solicitud |  | | **Nombre del asociado (nombre y apellidos)** | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | Documento de Identidad | | | |  | Dirección | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | Celular | | Altura - Metros | |  | Peso - Kilos | | | |  | | | |  |  |  |  | | Declaración de Estado de Salud | | | | | | | | | 1. Padezco o he padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, diabetes, de tiroides, VIH/ Sida, Presión Arterial Alta, Lupus, Cáncer, tumores, drogadicción o alcoholismo | | | | | | | | | SI | | | |  | No | | | | 1. Padezco alguna incapacidad, defecto físico o mental o cualquier otra incapacidad permanente o parcial diferentes a los mencionados en el numeral anterior | | | | | | | | | SI | | | |  | No | | | | **SI ALGUNA DE LAS RESPUESTA ANTERIORES ES AFIRMATIVA:** Escriba en el siguiente recuadro el detalle de la enfermedad, el tratamiento que recibe y las fechas de inicio y finalización del tratamiento (si aplica), así como el nombre del médico / hospital tratante. | | | | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |  |