

Declaración de salud

(Llenar si saldo deudor en Crédito Hipotecario y/o Garantía Hipotecaria BCP + crédito solicitado es mayor a US\$ 150,000)

Tipo de seguro: **Individual:** **Mancomunado:**

1. Titular 1

Tipo de documento DNI C.E. Pasaporte N°

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Sexo: F M Fecha de nacimiento: Estatura(m):

Peso (Kg):

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

Correo electrónico

Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Profesión:

Actividad que desempeña:

Ingreso anual US\$:

2. Titular 2

Tipo de documento DNI C.E. Pasaporte N°

Nombres y apellidos completos:

Sexo: F M Fecha de nacimiento: Estatura(m):

Peso (Kg):

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

Correo electrónico

Teléfono móvil: Teléfono fijo:

Profesión:

Actividad que desempeña:

Ingreso anual US\$:

3. Datos generales

Dirección del solicitante: Jr. Av. Calle Otros

Nombre de la vía: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Departamento: _____

Referencia: _____

Teléfono(*): _____ Correo electrónico*: _____

Moneda: S/. US\$ Monto del préstamo: _____

Plazo: _____

(*) Favor colocar los datos en donde se le sea más fácil ubicarlo, esto ayudará a agilizar el proceso de evaluación de su solicitud.

4. Declaración de salud de la persona por asegurar

	Titular 1		Titular 2	
	Sí	No	Sí	No
1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad física o mental?				
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?				
3. ¿ Tiene algún impedimento o afectación física?				
4. ¿ Usted ha recibido tratamiento médico o intervención quirúrgica?				
5 ¿ Ha aumentado o disminuido su peso en 5 kilos o más en el último año?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se ha sometido a alguna prueba para descartar cáncer?				
7. ¿Participa o practica alguna actividad, deporte o hobby peligroso, entendiéndose por estos a los deportes o hobbies en los cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones?				
8. ¿Es consumidor de cigarros? En caso afirmativo mencione la cantidad diaria aproximada: T1 _____ T2 _____				

En caso de marcar sí en las preguntas de la 1-7, adjuntar documentos especificando razón y/o resultado médico, asimismo completar el siguiente cuadro:

Observaciones

Enfermedad/Dolencia/Actividad/Deporte/Hobby	Fecha de Ocurrencia/Inicio	Estado Actual

5. Datos a ser llenados por el banco

Saldo deudor hipotecario y/o garantía hipotecaria pendiente a la fecha:

S/. _____ US\$ _____

(Sin incluir el presente préstamo)

Posición deudora en crédito hipotecario y/o garantía hipotecaria pendiente a la fecha:

S/. _____ US\$ _____

(Incluyendo el préstamo solicitado)

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 Titular 1: _____ Firma Titular 2: _____

Nombre Titular 1: _____ Nombre Titular 2: _____

DNI _____ DNI: _____

Nombre funcionario: _____

Correo electrónico: _____ Matrícula _____

Teléfono: _____

Firma Funcionario BCP: _____