

# Declaración de salud

(Llenar el 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 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 la 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 Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, información documentada del tratamiento 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: \_\_\_\_\_