La Previsora S.A.
COMPAÑIA DE SEGUROS
EL FUTURO ES NUESTRO, SE LO ASEGURAMOS

DECLARACIÓN DE ASEGURAIBILIDAD

Segunda parte de la solicitud (en base del contrato y forma parte Integral de el)

Le rogamos contestarlo en su totalidad; no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendadoras, sírvase validarlos con su firma.

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Estatura (en cms)	Peso (en kilos)	Estado Civil
En el último año. Cuánto. Aumentó de peso? Kilos. Disminuyó de peso kilos		Explique la causa del aumento o disminución de su peso		
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, Instituto o recluido en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica?.	En caso afirmativo, diga lugar, fechas y causas.			
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro?.	Detalle en caso afirmativo		Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes?	
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma.				

Es usted fumador	Promedio de cigarrillos que fuma al día	Consume bebidas embriagantes	Clase	Frecuencia	Cantidad
Ha sido tratado por alcoholismo?		En Caso afirmativo de detalles			
Ha sido aficionado a la morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heroicas o estimulantes?.			En caso afirmativo de detalles.		
Padece alguna enfermedad actualmente	En caso afirmativo de detállela		Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente?. Descríbalo.		

Ha realizado viajes al Exterior		Ha tenido enfermedades venéreas		Le han practicado exámenes de laboratorio para investigar sida?	
Cuántos?	A donde?	Cuantos Episodios? Cuales? _____			

(conteste SI o NO) HA PADECIDO ALGUNA VEZ							
Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos, o la columna, fiebre reumática		Parálisis, epilepsias, vértigos, dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso		Otras enfermedades del corazón, o del sistema circulatorio.		Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azucar, pus, angre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órgano génito urinarios.	
Cáncer, tumores		Angina de Pecho, opresión toráxico, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía		Asma, tos crónica, pleuresía, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz		Cistitis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre	
Defectos de la vista o de los oídos. Enfermedades de los ojos o los oídos				Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula u otras enfermedades abdominales		Enfermedades de la piel ganglios, mutilaciones u otros defectos	

EN LSO CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS
En el cuadro siguientes al igual que todos los médicos o practicantes que ha consultado guante los últimos cinco años.

Nombre del médico o practicante	Dirección	Fecha de consulta Día	Mes	Año	Causa de la Consulta

Historia Familia	Vivos	Edad	Estado Salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte
Padre							
Madre							
No. De Hermanos							
No. De Hermanas							
Conyugue							
Hijos							

PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS UNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz?	Está embaraza?	Cuanto hace?	Ha tenido abortos?.	Le han practicado cesárea?.
En los casos afirmativos favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces.

Garantizo que las respuestas dadas por mi en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integral del contrato de seguro y la base de la póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error de que de haber sido conocidos por la compañía, la hubiera inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor o elección de la compañía-

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultado por mi para que suministre a la *PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS* toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

SPV – 023 - 1

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante
C.C. De