



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dirección de Seguros Personales

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE PARA UN SEGURO DE VIDA SIN EXAMEN MEDICO

Nombre del Producto: _____

1- Nombre completo:		2- Fecha de nacimiento:		3- Nacionalidad	
4- Lugar de residencia:		5- Tiempo de residencia en C.R.		6- ¿Será permanente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7- Peso exacto y estatura Kgs _____ Mts _____		8- En los últimos 6 meses su peso ha: <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> disminuido ¿Cuántos Kilos? _____ Motivo: _____			
9- HISTORIA FAMILIAR			10- TABAQUISMO Cuántos Cigarillos Mas de 1 paquete diario		
PARENTESCO	VIVOS		FALLECIDOS		a) ¿Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ ¿Hace Cuánto tiempo? _____
	Edad	Anomalías, enfermedades y/o traumatismos que padezca	Edad	CAUSA	
Esposa (o)					c) Nunca ha fumado <input type="checkbox"/>
Padre					d) ¿Fuma Pipa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Madre					
Hermanos					
Hermanas					
Hijos					
11- ¿Hay en su familia casos de tuberculosis, cáncer, trastorno mental, diabetes, epilepsia, derrame, hipertensión arterial o enfermedades del corazón? En caso afirmativo; indique quién, qué enfermedades y a qué edad la padeció?					
12- ¿Usa bebidas alcohólicas? (Indique SÍ o NO) En caso afirmativo, indique desde cuándo. a) Clase: _____ b) Frecuencia: _____ c) Cantidad: _____					
13- ¿Es usted o ha sido alcohólico? (Indique SI o NO). Detalles: _____					
14- ¿Usa usted algún fármaco, medicamento o estimulante? Detalles; frecuencia, cantidad, motivo: _____					
15- ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes anomalías, enfermedades o traumatismos? (Indique SI o NO en cada caso).					
<input type="checkbox"/> Enferm. o problemas de la voz. <input type="checkbox"/> Meningitis. <input type="checkbox"/> Bocio. <input type="checkbox"/> Asma. <input type="checkbox"/> Tos persistente. <input type="checkbox"/> Pleuresía o pulmonía. <input type="checkbox"/> Tuberculosis. <input type="checkbox"/> Bronquitis o efisema. <input type="checkbox"/> Ahogos o falta de aire. <input type="checkbox"/> Colesterol alto. <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza persistentes. <input type="checkbox"/> Vértigos o mareos. <input type="checkbox"/> Depresión o nervios. <input type="checkbox"/> Epilepsia. <input type="checkbox"/> Parálisis. <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos. <input type="checkbox"/> Enfermedad de los oídos. <input type="checkbox"/> Enfermedades degenerativas.		<input type="checkbox"/> Dolores de pecho (angina). <input type="checkbox"/> Soplos en el corazón. <input type="checkbox"/> Fiebre reumática. <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna. <input type="checkbox"/> Inflamación o problemas en los ganglios. <input type="checkbox"/> Diarreas crónicas. <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel. <input type="checkbox"/> Diabetes. <input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad. <input type="checkbox"/> Gota. <input type="checkbox"/> Cáncer u otros tumores. <input type="checkbox"/> Presión arterial alta. <input type="checkbox"/> Apoplejía o derrame. <input type="checkbox"/> Várices o úlceras varicosas. <input type="checkbox"/> Úlceras del estómago. <input type="checkbox"/> Hemofilia. <input type="checkbox"/> Sangrado digestivo. <input type="checkbox"/> Cólico hepático o renal.		<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado. <input type="checkbox"/> Enfermedades de los intestinos. <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi: tumor maligno que se presenta en la estructura interna de los vasos linfáticos. Caracterizado por manchas purpúreas o rojo vinosas. <input type="checkbox"/> Sífilis. <input type="checkbox"/> Albuminuria: presencia de albúmina (proteína hidrosoluble que se encuentra en el plasma sanguíneo) en la orina. <input type="checkbox"/> Enfermedades de riñones o vejiga. <input type="checkbox"/> Enfermedades de los genitales. <input type="checkbox"/> Reumatismo o artritis. <input type="checkbox"/> Afección de la columna vertebral. <input type="checkbox"/> Lumbago. <input type="checkbox"/> Ciática. <input type="checkbox"/> Infecciones en los huesos. <input type="checkbox"/> Deformidad física, anomalías o traumatismos. <input type="checkbox"/> Otras anomalías o enfermedades no contempladas en esta lista.	
EN CASO AFIRMATIVO, DE DETALLES COMPLETOS A CONTINUACIÓN:					
Anomalías, enfermedades o traumatismos	Fecha inicio	Nº Ataques o crisis	Duración de la enfermedad	Resultado del tratamiento	Nombre y dirección de médicos que le atendieron, clínica u hospital.

16- ¿Ha dejado de trabajar durante los últimos años por enfermedad, tratamiento médico o accidente? Dé detalles completos:

17- ¿Ha estado hospitalizado? Declare: Causa, fecha, hospital y resultados.

18- ¿Cuándo fue su última consulta a un médico?

Nombre y dirección del médico, hospital o clínica donde fue atendido.

Explique el motivo de la visita y resultados:

En caso de tratamiento: Detalle tipo de tratamiento, duración y resultado.

¿Continúa el tratamiento? (Indique SI o NO).

19- ¿Está usted tramitando o tiene pensado tramitar en el corto plazo una incapacidad por invalidez?

20- ¿Cuál es el nombre de su médico particular?

21- ¿Qué intervenciones quirúrgicas ha tenido? Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos. _____

22- ¿Piensa someterse a alguna intervención quirúrgica en un futuro próximo? Explique. _____

23- ¿Le han tomado radiografías, electrocardiogramas, o le han hecho alguna vez un análisis de orina o sangre? Fecha, resultados y motivo del examen:

24- ¿Ha recibido tratamiento con medicina nuclear, isótopos radioactivos o quimioterapia? Fechas, causa, resultados:

25- ¿Practica algún deporte u ocupación, además de lo declarado? Explique.

26- ¿Ha cambiado de residencia u ocupación por motivo de salud? Si así es, detalle:

27- ¿Ha tenido síntomas o padecido de deficiencia inmunológica? Explique.

28- ¿Ha recibido tratamiento al respecto? SI NO Explique.

29- ¿Le han recomendado realizarse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica? SI NO
En caso afirmativo, favor dar fechas, resultado y lugar donde se practicó el examen. _____

PREGUNTAS ADICIONALES PARA LAS MUJERES

30- ¿Sufre o sufrido alguna enfermedad o padecimiento ginecológico o de senos? Detalles: Fecha y resultados:

31- ¿Ha tenido pérdidas o complicaciones durante el embarazo? (Indique SI o NO), causa y resultados:

32- ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Indique SI o NO), ¿Cuánto tiempo tiene de embarazo? Ha tenido alguna complicación?

33- ¿Usa pastillas anticonceptivas? En caso afirmativo indique desde cuándo y si ha tenido algún trastorno o enfermedad por causa de ellas. _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi claro entendimiento y autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales e instituciones de salud, a que suministren información completa (Incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud, al Instituto Nacional de Seguros.

Así mismo, autorizo al Instituto Nacional de Seguros para que obtenga información adicional en relación con los aspectos que influyen en la determinación del riesgo moral y/o financiero. Quedo entendido que si las respuestas llegaren afectar la apreciación del riesgo o si se comprobare falsedad en ellas, se dará la nulidad del presente contrato de seguro, perdiendo el suscrito y los beneficiarios cualquier derecho a indemnización que pudiese tener. Por tanto, declaro bajo juramento que el presente cuestionario fue debidamente contestado y responde en forma fiel y exacta a la verdad de los hechos. Agrego además que tanto las preguntas del cuestionario como las cláusulas del contrato me han sido explicadas y aclaradas en forma suficiente y a mi entera satisfacción por el agente de Seguros.

Este documento sólo constituye una declaración de salud, por tanto, no representa garantía alguna de que la solicitud de seguro será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: Seguro de Vida Tradicional Colectiva Colones P14-26-A01-074 de fecha 28/12/2009, Seguro de Vida Tradicional Colectiva Dólares P14-26-A01-075 de fecha 28/12/2009, Seguro de Protección Crediticia Colones P14-26-A01-080 de fecha 28/12/2009, Seguro de Protección Crediticia Dólares P14-26-A01-081 de fecha 28/12/2009, Seguro de Protección Crediticia Monto Original Colones P14-26-A01-136 de fecha 15/02/2010, Seguro de Protección Crediticia Monto Original Dólares P14-26-A01-137 de fecha 08/02/2010, Seguro de Protección Crediticia para Tarjetahabientes Colones P16-33-A01-088 de fecha 06/01/2010, Seguro de Protección Crediticia para Tarjetahabientes Dólares P16-33-A01-089 de fecha 06/01/2010, Seguro de Vida Global en Colones P14-25-A01-128 de fecha 01/02/2010, Seguro de Vida Global en Dólares P14-25-A01-129 de fecha 01/02/2010, Seguro de Vida Temporal Plus en Colones P14-25-A01-103 de fecha 15/01/2010, Seguro de Vida Temporal Plus en Dólares P14-25-A01-104 de fecha 14/01/2010, Seguro de Gastos Médicos del INS P16-35-A01-143 de fecha 23/02/2010.

Lugar y Fecha

Firma y N° Identificación del solicitante

DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO

" El presente cuestionario fue llenado por _____ y firmado directamente por el solicitante en mi presencia, de la cual doy fe con mi firma".

Firma y número del intermediario

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL SUSCRIPTOR DE RIESGOS

PRUEBAS DE SALUD ANALIZADAS: _____

Para continuar la evaluación se requiere: (indicar examen u otros requisitos)

Exclusiones: _____

Razones y plazos de postergación, declinación o archivo y códigos: _____

EVALUACION

Suma Asegurada: _____

BITP: _____

RTI: _____ DID: _____

BMA: _____

AMSA: _____ Gastos Funerarios. _____

BOA: _____

Beneficio Hijos _____

Beneficio Familiar _____

GASTOS MEDICOS: _____

Recargo por: _____

Fecha _____

Firma Suscriptor _____