



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN
LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS**

Nombre del Asegurado/Contratante: _____
Documento de Identidad : _____ Fecha de Nacimiento : _____
Dirección particular : _____ Teléfono : _____
Beneficiario : Banco de la Nación Monto Solicitado: _____

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

1.- ¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya obligado a interrumpir en los últimos 10 años su actividad profesional durante más de 15 días consecutivos? SI _____
NO _____

En caso de contestación afirmativa, de detalles:

Fecha _____ Tipo de Enfermedad _____
Médico Tratante _____

2.- ¿Ha sufrido algún accidente o tiene alguna alteración física? SI _____
NO _____

En caso de contestación afirmativa, de detalles:

Fecha _____ Tipo de alteración _____
Médico Tratante _____

3.- ¿Ha sido intervenido (a) quirúrgicamente? SI _____
NO _____

En caso de contestación afirmativa, de detalles:

Fecha _____ Causa _____
Consecuencias _____ Médico Tratante _____

4. ¿Tiene alguna enfermedad grave como cáncer, tumores malignos, insuficiencia renal, secuela de accidente cerebro vascular (ACV), Sida o enfermedad congénita? SI _____
NO _____

5.- ¿Padece de taquicardias, angina de pecho, derrame cerebral, diabetes, epilepsia? SI _____
NO _____

En caso de contestación afirmativa, de detalles:

Fecha _____ Causa _____
Consecuencias _____ Médico Tratante _____

6. Indique su peso y talla actual (aprox.) Peso _____ Kg. Talla _____ cm.

7. ¿Se encuentra Ud. en perfecto estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? SI _____
NO _____

En caso de contestación negativa, de detalles:

Fecha _____ Causa _____
Consecuencias _____ Médico Tratante _____

El solicitante declara que las informaciones suministradas y contenidas en la presente declaración son verídicas, reconociendo que las mismas constituyen la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica la anulación de la cobertura de acuerdo al Art. N° 376 del Código de Comercio, autorizando expresamente a cualquier médico tratante a proporcionar a **La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**, información documentada del tratamiento al que haya sido sometido, sin limitación alguna.

Asimismo, **El Solicitante** ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, a cuyas estipulaciones queda sometido, de acuerdo con el Art. N° 380 del Código de Comercio. Asimismo, ha sido informado previamente, en forma clara y detallada de los riesgos cubiertos, el monto de la prima o la forma en que será determinado, los exclusivos del seguro y el plazo para efectuar el reclamo. **El Solicitante**, al suscribir la presente Solicitud de Seguro, manifiesta su voluntad de celebrar el Contrato de Seguro de Desgravamen, y someterse a las condiciones del mismo. Cabe mencionar que las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza se encuentran a disposición del **Contratante/Asegurado** en la siguiente página web: www.bn.com.pe

Los siguientes datos serán completados por el Banco de la Nación luego de otorgado el Crédito Hipotecario:

No. de Préstamo : _____ Monto del Préstamo : _____ Inicio de Vigencia : _____
Prima Mensual (incluye 3% de Derecho de Emisión) : Individual _____ Mancomunado _____

Fecha _____

Firma del solicitante _____