

**Solicitud de Seguro N° 0017702**  
**Seguro Desgravamen de Crédito para Préstamos Personales y con Garantía Hipotecaria - ACCESO CREDITICIO EDPYME Flat (Pólizas N° 61100078 y 61100079)**

**DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR**

Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno  
 Tipo de Doc.  DNI  CEX  CIP | N° Doc. | Fec. Nac. / / | Sexo  F  M  
 Estado Civil | Ocupación | Nacionalidad  
 Dirección | Provincia | Departamento  
 Distrito | Telf. Fijo | Telf. Celular | E-mail

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (SOLO SI FUESE MANCOMUNADO)**

Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno  
 Tipo de Doc.  DNI  CEX  CIP | N° Doc. | Fec. Nac. / / | Sexo  F  M  
 Estado Civil | Ocupación | Nacionalidad  
 Telf. Fijo | Telf. Celular | E-mail

**DATOS DEL PRÉSTAMO**

Moneda  Soles  Dólares | Importe del Préstamo | Tipo de Préstamo  
 Plazo del Préstamo  Meses  Años | Tipo de Seguro  Titular  Titular y Cónyuge

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD**

Asegurado	Titular	Cónyuge
1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio diagnóstico de alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día? ( ) - Indicar cantidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Solo para personas del sexo femenino: ¿Está Ud. Embarazada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Peso y estatura	P: <input type="text"/> T: <input type="text"/>	P: <input type="text"/> T: <input type="text"/>

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:

Nombres y Apellidos	Enfermedad padecida o tratamiento recomendado	Fecha	Duración	Nombre de la clínica o médico	Estado actual

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en la hoja 1 y hoja 2. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento del seguro solicitado el cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas de ACCESO CREDITICIO EDPYME.