

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

NOMBRE DEL ASEGURADO (SOLO PERSONA NATURAL)

				<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Cónyuge	
Apellidos y Nombres				DNI,CE, Otro			
Domicilio			Fecha de Nacimiento		Distrito	Provincia	Departamento
Sexo (M/F)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Ocupación/Actividad actual	Estado Civil		Correo Electrónico (Opcional)	

DATOS DEL CRÉDITO (Completar en caso de Desgravamen)

N° de Solicitud		Descripción Producto		Moneda del Préstamo <input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		Monto del Préstamo	
Tiempo y Plazo (Marcar una sola opción) N°: <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años			Moneda del Riesgo Vigente <input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares		Monto del Riesgo Vigente (a)		Saldo a Cancelar (b)

Dato:

a) Monto de riesgo vigente: Es el crédito que el cliente tiene hasta el momento

b) Saldo a cancelar: Es el momento que el cliente amortizará a favor de la deuda vigente. Este saldo debe ser menor o igual que el monto de riesgo vigente.

DECLARACIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES

1. Talla : <input type="text"/> mts.		2. Peso: <input type="text"/> kgs.		3. ¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indicar consumo diario: <input type="text"/>	
4. ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue el resultado? Bajo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Ignoro <input type="checkbox"/>	
5. ¿Usted tiene, o ha tenido, o se encuentra en tratamiento, o en proceso de diagnóstico, alguna de las siguientes enfermedades, dolencias o situaciones de salud?					
¿Cáncer, Tumores, V.I.H positivo, SIDA, Linfomas, Leucemia, Enfermedades Hematológicas, Enfermedades del Pulmón, Enfermedades al Riñón, Insuficiencia Renal Crónica? En caso afirmativo, favor detallar:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
¿Infarto al Miocardio, Infarto Cerebral, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias, Soplos Cardíacos, Arritmias, Aneurismas, Accidentes Cerebrovasculares, Dislipidemia, Hipercolesterolemia, Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus? En caso afirmativo, favor detallar:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
¿Enfermedades Gastrointestinales, Hepatitis (B o C), Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Epilepsia, Enfermedad de Alzheimer, Depresión, Enfermedades Psiquiátricas? En caso afirmativo, favor detallar:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
6.- ¿Tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
7.- ¿Realiza o participa en actividades o deportes riesgosos? Se consideran como tales actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo o en el que se ponga en peligro su vida.					
¿Viaja en helicópteros, aviones militares, de instrucción o avionetas particulares, vuelos como piloto o estudiante? En caso afirmativo, favor detallar:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, bungee jumping (caída libre con cuerda), pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad obviamente peligrosa? En caso afirmativo, favor detallar:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detallar	
8.- ¿Tiene alguna otra enfermedad o antecedente médicos no consignados en la lista. En caso sea afirmativo, favor detallar:					

Mediante el presente documento, declaro que la información proporcionada en esta DPS es exacta, veraz, completa, precisa y que no he ocultado u omitido información. Asimismo, es de mi conocimiento que la DPS constituye un elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de PROTECTA SECURITY y que una declaración falsa o inexacta de mi parte, implica la nulidad de la póliza a contratar. De otro lado, autorizo expresamente a PROTECTA SECURITY para que pueda acceder a mis antecedentes médicos en las entidades médicas del país que considere pertinentes para verificar todos los datos o antecedentes clínicos que tenga o haya tenido con motivo de haber recibido alguna prestación de salud.

Finalmente, declaro expresamente conocer que el haber suscrito la presente DPS así como la solicitud de seguro, no implica necesariamente la aceptación de la cobertura por parte PROTECTA SECURITY. PROTECTA SECURITY comunicará al contratante de la póliza dentro de los 15 días calendario de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional al contratante dentro de dicho plazo.

PROTECTA SECURITY se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos y/o documentación médica, en caso lo estime conveniente para la correcta evaluación y estimación del riesgo, por lo que el Asegurado se compromete a brindar las facilidades del caso a PROTECTA SECURITY.

Declaro haber sido informado que la información brindada es para que PROTECTA SECURITY pueda realizar el análisis del otorgamiento del Seguro, modificaciones de cobertura, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que tenga relación con los contratos de seguro que celebre con PROTECTA SECURITY. Con estos mismos fines, declaro haber leído las notas precedentes y firmo en señal de conformidad.

Firma y huella del Asegurado		Fecha de Declaración	
------------------------------	--	----------------------	--