

Hipertensión Arterial

(Para ser llenado por el solicitante)

Nombres:		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Fecha de Nacimiento. / /

Por favor, indicar:

Tu estatura:	cm.	Tu peso	kg.
--------------	-----	---------	-----

Enfermedad	Si	No	Respuesta
Por favor Indique la fecha del diagnóstico			
Indique el nombre del médico tratante			
Indique el lugar (hospital, clínica)			
¿Conoces el tipo de hipertensión arterial que padeces?			En caso afirmativo, favor indicarnos cuál es:
¿Conoces la última cifra de presión arterial?			En caso afirmativo, favor detallar:
¿Tienes complicaciones referidas a la hipertensión arterial?			En caso afirmativo, favor detallar:
Informe del tratamiento médico que recibe			

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios. Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar y fecha de la declaración

Firma del asegurable

Firma del agente