



DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS) FINANCIERA TFC – CRÉDITO HIPOTECARIO

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN FINANCIERA TFC

Nro de Póliza: 7439150107

Fecha de Solicitud DPS:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

| | | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Nombre: | Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | |
| DNI: | C.E.: | C.F.P.: | C.F.M.: | |
| Fecha Nacimiento: | Nacionalidad: | | Sexo: | Teléfono(s): |
| Dirección del Asegurado: | | | | |
| Distrito: | | Provincia: | Departamento: | |
| Correo Electrónico: | | Profesión/Ocupación: | | |

DATOS DEL CÓNYUGE (Solo aplica para créditos mancomunados)

| | | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Nombre: | Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | |
| DNI: | C.E.: | C.F.P.: | C.F.M.: | |
| Fecha Nacimiento: | Nacionalidad: | | Sexo: | Teléfono(s): |
| Dirección del Asegurado: | | | | |
| Distrito: | | Provincia: | Departamento: | |
| Correo Electrónico: | | Profesión/Ocupación: | | |

DATOS DEL CRÉDITO

| | | | |
|-----------------------|---------------|-------------------|-----------|
| Importe del Préstamo: | Moneda: Soles | Tipo de Préstamo: | Plazo: |
| Oficina: | Funcionario: | Código: | Teléfono: |

POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN

| Suma Asegurada en S/. | De 18 a 30 años | De 31 a 40 años | De 41 a 50 años | De 51 a 60 años | De 61 a 74 años y días 364 días |
|------------------------------|-----------------|-----------------|---|---|---|
| Hasta S/. 50,000 | Sin DPS* | Sin DPS* | Sin DPS* | Sin DPS* | Sin DPS* |
| De S/. 50,001 a S/. 150,000 | DPS | DPS | DPS | DPS | DPS |
| De S/. 150,001 a S/. 300,000 | DPS | DPS | Ex Médico Cardiología UL + PS + PL + TE | Ex Médico Cardiología UL + PS + PL + TE | Ex Médico Cardiología UL + PS + PL + TE |

UL = Urinálisis de Laboratorio / PS = Prueba de Sangre / PL = Perfil lipídico completo / TE = Test de Esfuerzo

***DECLARACIÓN DE BUENA SALUD:**

El Asegurado declara **NO** padecer, **NO** haber padecido, **NO** haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declara **NO** padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.

IMPORTANTE: La Declaración de Buena Salud aplica para créditos hasta S/. 50,000.00. Para créditos mayores a S/. 50,000.00 aplica el Cuestionario de DPS, prevaleciendo sobre la Declaración de Buena Salud.

| N° | CUESTIONARIO DE DPS ASEGURADO(A) TITULAR / CÓNYUGE | TITULAR | | CÓNYUGE | |
|----|--|---------|----|---------|----|
| | | Si | No | Si | No |
| 1 | ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? Indique: | | | | |
| 2 | ¿Ha requerido, le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? | | | | |
| 3 | ¿Está gestando? Indicar tiempo de gestación: _____ | | | | |
| 4 | ¿Ha requerido atención médica por alteraciones de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, SIDA? Indique: | | | | |



| | | | | | |
|----|--|-----|--|-----|--|
| 5 | ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba de descarte de cáncer? | | | | |
| 6 | ¿Se ha sometido a algún tratamiento, tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio del diagnóstico de alguna enfermedad? | | | | |
| 7 | ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud y que haya requerido tratamiento médico o intervención quirúrgica? Indique: | | | | |
| 8 | ¿Sus padres han padecido o padecen de diabetes, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares o tumorales? Indique: | | | | |
| 9 | ¿Practica algunos de los deportes detallados en las exclusiones (punto 1.9) expresadas en la Solicitud/Certificado? Indique: | | | | |
| 10 | ¿Tiene diagnóstico de SIDA o de ser portador del VIH? | | | | |
| 11 | ¿Cuál es su estatura? | Cm: | | Cm | |
| | ¿Cuál es su peso? | Kg: | | Kg: | |
| | ¿Ha aumentado o disminuido su peso en 5 kilos o más en los últimos dos años? | | | | |
| | ¿Su presión arterial es: Alta (A), Baja (B), Normal(N)? Indique | | | | |
| 12 | ¿Consumo alcohol en exceso? | | | | |
| | ¿Usted fuma? Indicar cuántos cigarrillos diarios fuma, indique hasta que año lo hizo: | | | | |

| Pregunta | Titular/Cónyuge | Enfermedad, Dolencia Padecida, Deporte, Actividad | Fecha de Ocurrencia/ Inicio | Estado Actual | Nombre del Médico Clínica / Hospital |
|----------|-----------------|---|-----------------------------|---------------|--------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DECLARACIÓN JURADA

Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y exactos y que es de mi conocimiento que cualquier simulación o falsedad, declaración inexacta acarreará la nulidad del Contrato de seguros.

AUTORIZACIÓN

Mediante la suscripción de la presente DPS, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA DEL CÓNYUGE