

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

## Anexo A

Cuestionario de declaración de salud

### a. Datos Generales del Deudor:

1° Apellido:

2° Apellido:

Nombres:

Número de Cédula:

ASEGURADORA



PROPIEDAD COOPERATIVA S.A.

### b. Cuestionario:

Sí

No

1. ¿Ha padecido o padece de diabetes, cáncer o tumor, presión sanguínea alta, enfermedades del corazón, del cerebro o sistema nervioso, incapacidad o lesión congénita, o cualquier otra enfermedad no estipulada en esta pregunta, la cual ha sido diagnosticada por algún médico, o cuyos síntomas o signos han sido percibidos por usted u otras personas?

2. ¿Ha estado hospitalizado o bajo tratamiento médico en los últimos dos años?

3. ¿Está discapacitado o ha sufrido alguna pérdida corporal?

4. ¿Ha padecido alguna enfermedad o accidente cuyas consecuencias o secuelas permanezcan actualmente?

5. ¿Practica algún hobby o deporte peligroso, ya sea frecuente o esporádicamente?

**En caso de respuesta afirmativa de alguna de las preguntas anteriores, favor de especificar todos los detalles.**

Nombre de los Médicos y/o Centros Médicos  
en que haya sido atendido durante los últimos dos años.

Nombre del Médico	Centro Médico	Localidad

**El solicitante declara que la información brindada es verdadera y que en caso de falsedad se pierde todo derecho al Beneficio.**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Recibido por: ..... Firma: ..... Fecha: .....

**RGAR<sup>®</sup>**