



Declaración Jurada para Solicitud Seguro de Vida Deudor

Oficina: _____
Código deudor: _____
Código codeudor: _____
Otros: _____

Hipotecarios ☐ Comercial ☐ Consumo ☐ Multipymes ☐
A favor de: _____ Póliza núm.: _____
Valor del préstamo: _____ Plazo: _____

1. Datos personales del deudor (favor completar solicitud con letra de molde)

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido						
Núm. de cédula o pasaporte (si es extranjero): _____		Sexo: M ☐ F ☐							
Fecha de nacimiento: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>					Día	Mes	Año	Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Unión libre ☐	
Día	Mes	Año							
Lugar de nacimiento: _____		Edad: _____ Peso (libras): _____ Estatura (pies/pulgadas): _____							
Ocupación principal: _____		Otras ocupaciones: _____							
Calle/Av.: _____		Edificio: _____ Apto./Casa Núm.: _____							
Ciudad: _____ Municipio: _____		Sector: _____ Teléfono residencia: _____							
Celular: _____		Oficina: _____ Correo electrónico: _____							

¿Es usted o algún miembro de su familia (incluye cónyuge, suegros, yernos, nueras y cuñados, padrastos e hijastros, padres e hijos, abuelos, hermanos, nietos) o relacionado (incluye asociados, empleados que realicen operaciones en nombre del mismo), un alto funcionario por elección o nombramiento ejecutivo, actual o anterior, en cualquier rama del gobierno ejecutivo, legislativo o judicial, en el territorio nacional o extranjero?

Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es “Si”, favor proveer la siguiente información:

Nombre completo: _____ Puesto que ocupa/ ocupó: _____

País donde ejerce/ ejercía: _____ Periodo: _____ al _____

2. Datos personales del codeudor

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido						
Núm. de cédula o pasaporte (si es extranjero): _____		Sexo: M ☐ F ☐							
Fecha de nacimiento: <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>					Día	Mes	Año	Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Unión libre ☐	
Día	Mes	Año							
Lugar de nacimiento: _____		Edad: _____ Peso (libras): _____ Estatura (pies/pulgadas): _____							
Ocupación principal: _____		Otras ocupaciones: _____							
Calle/Av.: _____		Edificio: _____ Apto./Casa Núm.: _____							
Ciudad: _____ Municipio: _____		Sector: _____ Teléfono residencia: _____							
Celular: _____		Oficina: _____ Correo electrónico: _____							

¿Es usted o algún miembro de su familia (incluye cónyuge, suegros, yernos, nueras y cuñados, padrastos e hijastros, padres e hijos, abuelos, hermanos, nietos) o relacionado (incluye asociados, empleados que realicen operaciones en nombre del mismo), un alto funcionario por elección o nombramiento ejecutivo, actual o anterior, en cualquier rama del gobierno ejecutivo, legislativo o judicial, en el territorio nacional o extranjero?

Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es “Si”, favor proveer la siguiente información:

Nombre completo: _____ Puesto que ocupa/ ocupó: _____

País donde ejerce/ ejercía: _____ Periodo: _____ al _____

3. Historial médico	Deudor		Codeudor	
	Si	No	Si	No
En caso de contestar afirmativamente cualquiera de las preguntas, favor dar detalles, indicando: nombres, fechas, tratamientos (si los hubo) y condición actual:				
3.1 ¿Ha consultado o ha sido tratado por algún médico con relación a su salud, condición física o mental? _____	☐	☐	☐	☐
3.2 ¿Ha estado en calidad de paciente en algún hospital, clínica o centro de salud? _____	☐	☐	☐	☐
3.3 ¿Ha sufrido alguna vez enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, del sistema respiratorio, diabetes, cáncer, enfermedades de los riñones o del sistema genitourinario en general, enfermedades hepáticas, influenza, coronavirus, úlceras, afecciones de la próstata (si es hombre), o condiciones relacionadas a este padecimiento, trastornos de órganos femeninos (si es mujer)? _____	☐	☐	☐	☐
3.4 Si es mujer, ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, indique cantidad de meses: _____	☐	☐	☐	☐
3.5 ¿Ha padecido alguna enfermedad o sufrido alguna lesión no mencionada en la pregunta 3.3? _____	☐	☐	☐	☐

3. Historial médico (continuación)	Deudor		Codeudor	
	Si	No	Si	No
3.6 ¿Fuma o fumaba usted? En caso afirmativo especifique ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba usted al día y cuántos años lleva o llevaba fumando? _____	☐	☐	☐	☐
3.7 ¿Usa usted o ha usado estupefacientes? _____	☐	☐	☐	☐
3.8 ¿Está actualmente bajo algún tratamiento? _____	☐	☐	☐	☐
3.9 ¿Ha tenido resultados positivos, le han informado o ha recibido tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejos relacionados al SIDA (CRS) o condiciones relacionadas con el SIDA? _____	☐	☐	☐	☐
3.10 ¿Tiene en vigor un seguro de vida, de accidentes, de invalidez o afiliado a una ARS? Incluye beneficios complementarios? De ser así, indique el nombre de la(s) aseguradora(s), monto(s) y beneficios adicionales. _____	☐	☐	☐	☐
3.11 ¿Tiene pendiente o piensa solicitar otro seguro de vida, de accidentes o de invalidez? De ser así, indique el nombre de la(s) aseguradora(s), monto(s), y beneficios adicionales. _____	☐	☐	☐	☐
3.12 ¿Alguna vez su seguro de vida, accidente o invalidez, ha sido rechazado, aplazado, aumentado de prima o modificado? De ser así, dar detalles. _____	☐	☐	☐	☐
3.13 ¿Recibe o ha recibido usted alguna vez indemnización por accidentes o invalidez? _____	☐	☐	☐	☐
3.14 ¿Ha volado o piensa volar en otra calidad que no sea como pasajero en líneas aéreas? De ser así, complete cuestionario de aviación que se le proporcionará. _____	☐	☐	☐	☐
3.15 ¿Ha viajado fuera del país durante los últimos 90 días? De ser afirmativo, indique destino y duración. _____	☐	☐	☐	☐
3.16 ¿Usted o algún familiar ha estado en aislamiento durante los últimos 90 días por sospecha o diagnóstico de alguna enfermedad infecto contagiosa tales como influenza, hepatitis, tuberculosis, coronavirus? _____	☐	☐	☐	☐

4. Información Financiera

Propiedad(es) / ingreso(s) / préstamo(s):
Valor:

Espacio adicional para cualquier observación (es):

5. Convento lo siguiente

Juro que las respuestas anteriores son verdaderas, exactas y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituyen la base y condición para la obtención del seguro sobre mi vida.

Primero: en cualquier declaración, manifestación falsa u ocultación por parte mía en estas declaraciones, cedo el derecho a Seguros Reservas, S.A. (en lo adelante La Compañía) a anular la cobertura que se derive de esta solicitud, siempre y cuando la falsedad u ocultación sea descubierta por dicha compañía en los dos (2) años siguientes a la fecha de esta solicitud.

Segundo: La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, o de aceptar la cobertura de seguro con recargo, en las condiciones que ella estime convenientes, así como ordenar pruebas médicas con un facultativo, si lo estimara necesario.

Tercero: en que esta cobertura no se considere en vigor, en virtud de cualquier pago al contado que pueda hacer en relación con esta solicitud, o de otro modo, a menos y hasta tanto que, La Compañía actuando respecto a esta solicitud la apruebe. No habrá cobertura de seguros a menos que La Compañía comunique por escrito al tenedor de la póliza, debiendo pagarse su primera prima estando yo todavía en vida y en buen estado de salud.

Cuarto: en que renuncio para siempre dentro de los límites legales a favor mío o de toda persona que posea o reclame un interés en una póliza o certificado de seguro cualquiera, expedido en atención a esta solicitud.

Quinto: en que La Compañía no será responsable, en caso de que mi muerte ocurra dentro del período de dos (2) años a partir de la fecha en que este seguro sobre mi vida comience a regir: (A) si es a causa de un suicidio, ya sea que yo esté cuerdo o demente, o (B) como resultado directo o indirecto de manejar o viajar u operar cualquier clase de aparato aéreo excepto si lo utilizó como pasajero de una línea regular conocida y manejada por un piloto con licencia. (C) Además, me acojo a todos los términos y condiciones contenidos en el Contrato de Seguro Maestro en el poder del tenedor de la póliza.

Autorizo a cualquier hospital, clínica, médico u otra persona que me haya atendido para que imparta a Seguros Reservas, S.A. o su representante, cualquier conocimiento o información que haya adquirido de este modo, incluyendo el historial obtenido y el diagnóstico hecho. Autorizo para que a petición de La Compañía, den a conocer esos datos entera y libremente.

Fechado en:
el día
de
20

Firma deudor
Firma codeudor

Nota: Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.