

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**  
PARA SOLICITUDES DE SEGUROS COLECTIVOS



Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

N. de póliza: \_\_\_\_\_

**A. Información del solicitante del seguro:**

Nombre		Primer apellido	Segundo apellido	Número de identificación:
Sexo:	Estado civil:	Fecha de nacimiento:	Peso en kilogramos: _____ kg	Estatura en metros: _____ mts

**B. Información de la operación crediticia (en caso de seguros de deuda):**

Fecha de inclusión:	Monto asegurado:
---------------------	------------------

**C. Información jurada sobre la salud del solicitante (favor marcar con X la casilla correcta):**

1	¿Le han rechazado, postergado o aceptado algún Seguro de Vida, ¿Accidentes o de otro tipo, en condiciones especiales? (en caso afirmativo favor aportar detalles adicionales)	
2	¿Está en espera de cualquier tipo de prueba médica o resultado de alguna? (en caso afirmativo favor aportar detalles adicionales)	
3	¿Usa algún tipo de droga? (en caso afirmativo favor aportar detalles adicionales)	
4	¿Consumo bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique ¿desde cuándo? Clase: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____	
5	Padece o ha padecido de alcoholismo:	
6	¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de COVID-19? ¿Usted está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por COVID-19? (En caso afirmativo por favor completar el Cuestionario sobre Exposición a COVID-19)	
7	¿Ha sido diagnosticado por COVID-19, ya sea por prueba de laboratorio o por Nexo epidemiológico (en caso afirmativo completar el cuestionario sobre Recuperación de COVID-19)	
8	¿Tiene o ha tenido algún tipo de padecimiento, enfermedad o accidente que ameritara tratamiento médico? (en caso afirmativo favor completar la sección D de información específica)	
9	¿Fuma usted, cuánto tiempo hace y qué cantidad de cigarrillos al día? ¿Si dejó de fumar, cuánto tiempo hace y cuántos cigarrillos fumaba al día?	

Detalles adicionales: (Para ampliar la información consignada en el punto C)

**D. Información específica sobre los padecimientos, enfermedad o accidentes sufridos por el solicitante:**

Enfermedad/ Accidente	Fecha de Inicio	Nº de Ataques o Crisis	Duración de la enfermedad/accidente	Tipo de tratamiento, duración y resultado

Mediante la firma de esta declaración doy fe de que las respuestas anteriores son completas y ciertas, por lo que acepto que cualquier contestación inexacta o supresión de hechos con respecto a mi salud o hábitos causarán su nulidad y la pérdida de las primas pagadas, excepto en los casos previstos por la póliza. Asimismo, que el suscrito, mis representantes legales ni ninguna otra persona interesada en esta póliza objetarán en ningún tiempo que un médico declare cualesquiera hechos que puedan relacionarse con el contrato cuando la Aseguradora lo solicite. De igual manera, relevo de toda responsabilidad a la Caja Costarricense del Seguro Social, a cualquier hospital o clínica particular y al Instituto Nacional de Seguros, cuando el contenido de los expedientes clínicos deba ser revelado por interés del beneficiario o como consecuencia de una acción judicial.

Firma y cédula del Solicitante del Seguro	Fecha	Firma del contratante

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-40-A02-005 de fecha 01 de julio de 2010.”