



En caso de marcar si en alguna de las preguntas 2 a la 18, detallar las mismas señalando además cuando ocurrió, duración, tratamiento, fecha de curación, secuelas, estado actual, observaciones u otros (si necesita campo adicional utilizar hojas blancas y señalar tal evento en el cuadro siguiente).

Enfermedad o dolencia	Fecha de Diagnóstico	Estado Actual	Observaciones

### DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento de la persona a asegurar, los beneficiarios designados por el Asegurado serán:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Porcentaje
Favor verificar que la sumatoria de porcentajes a cada beneficiario sume el 100%			TOTAL	

### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El solicitante declara que toda la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica, reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica la nulidad de la cobertura de acuerdo a los Artículos 993 y 999 del Código de Comercio
- Declaro que las respuestas que he consignado en esta declaración son verdaderas y completas, y que es de mi conocimiento que cualquier declaración falsa, inexacta, omitida u oculta, hará nulos los beneficios del presente seguro.
- Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido o que me atiendan en el futuro, para que proporcionen a Crediseguro S.A. Seguros Personales, todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidente, para lo cual releva a dichos médicos y centros médicos en relación con su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes.
- Acepto la presentación, con calidad de Declaración Jurada, de la documentación de respaldo que solicitara Crediseguro S.A. Seguros Personales misma que será requerida en virtud a la obligación normativa regulatoria que éste mantiene respecto a los controles e informes que realiza por instrucción de la Unidad de Investigaciones Financieras u otras entidades fiscalizadoras.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE (SI APLICA)