

# DECLARACIÓN DE SALUD PARA SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ No. de Caso \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ PARA USO FHA \_\_\_\_\_

## SECCIÓN "A" DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE CON SU PUÑO Y LETRA

Este formulario debe ser llenado por el solicitante como una prueba del estado de salud cuando presentan la solicitud de un Resguardo de Asegurabilidad para obtener un préstamo para vivienda que gozará del Seguro de Hipoteca del FHA y del Seguro de Desgravamen.

1. ¿Tiene usted actualmente buena salud? **SI**  **NO**  En caso negativo de detalles: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado usted ausente del trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos seis meses? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle \_\_\_\_\_

4. ¿Se le ha referido a un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_  
Usted lo hizo: **SI**  **NO**

5. ¿Tiene usted intención o se le ha recomendado someterse a una operación quirúrgica? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas o estupefacientes? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha padecido usted en algún tiempo o tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una X)

|                       | SI | NO |                          | SI | NO |                       | SI | NO |
|-----------------------|----|----|--------------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Del corazón           |    |    | De los pulmones          |    |    | Del sistema urinario  |    |    |
| Tumores               |    |    | Diabetes                 |    |    | Desórdenes nerviosos  |    |    |
| Alta presión arterial |    |    | De los riñones           |    |    | Del sistema digestivo |    |    |
| Cáncer                |    |    | Espalda articulaciones   |    |    | Hernia                |    |    |
| Enfermedades venéreas |    |    | Del sistema respiratorio |    |    | Otros                 |    |    |

Si su respuesta es positiva por favor detalle e indique el nombre y teléfono del médico tratante: \_\_\_\_\_

8. Si es mujer ¿Está Embarazada? **SI**  **NO**  En caso positivo, indicar tiempo: \_\_\_\_\_

9. ¿Practica algún deporte? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud, no especificada en este formulario? **SI**  **NO**  En caso positivo indicar detalle: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente declaro **BAJO JURAMENTO** que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicito el Seguro de Desgravamen.

Por la presente autorizo a cualquier Médico Colegiado Activo, Hospital o Sanatorio para que proporcionen al **FHA**, la información que solicite sobre el tratamiento, examen, dictamen u hospitalización. Acepto que el **FHA** se reserve el derecho de suspender el trámite hasta que se complete la información del parte médico que fuera necesario.

**ACEPTO QUE LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS QUE TENGAN IMPORTANCIA PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO DURANTE EL PLAZO DISPUESTO EN LA LEGISLACIÓN APLICABLE, LIBERAN AL FHA DE TODO PAGO DE INDEMNIZACIÓN Y PARA EL EFECTO LE DA DERECHO A DAR POR TERMINADO EL SEGURO DE DESGRAVAMEN SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL, LO CUAL PUEDE HACERSE VALER EN CUALQUIER TIEMPO, INCLUSO DESPUÉS DE OCURRIDO EL SINIESTRO.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# DECLARACIÓN DE SALUD PARA SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

## SECCIÓN "B" DEBE SER COMPLETADA POR EL SEGUNDO SOLICITANTE CON SU PUÑO Y LETRA

Este formulario debe ser llenado por el segundo solicitante como una prueba del estado de salud cuando presentan la solicitud de un Resguardo de Asegurabilidad para obtener un préstamo para vivienda que gozará del Seguro de Hipoteca del FHA y del Seguro de Desgravamen.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ PARA USO FHA \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

1. ¿Ha recibido algún tratamiento para o ha sido avisado que sufre lo siguiente? (Marque con una X)

|                       | SI | NO |                          | SI | NO |                       | SI | NO |
|-----------------------|----|----|--------------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Del corazón           |    |    | De los pulmones          |    |    | Del sistema urinario  |    |    |
| Tumores               |    |    | Diabetes                 |    |    | Desórdenes nerviosos  |    |    |
| Alta presión arterial |    |    | De los riñones           |    |    | Del sistema digestivo |    |    |
| Cáncer                |    |    | Espalda articulaciones   |    |    | Hernia                |    |    |
| Enfermedades venéreas |    |    | Del sistema respiratorio |    |    | Otros                 |    |    |

Si su respuesta es positiva por favor detalle: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos seis meses? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los últimos seis meses? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

4. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital o institución similar por tratamiento, lo hizo? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

5. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo ha hecho? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en este formulario? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas o estupefacientes? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

Si alguna de las respuesta anteriores es positiva, indique el nombre y teléfono del médico tratante: \_\_\_\_\_

8. ¿Si es su cónyuge, se encuentra actualmente embarazada? **SI**  **NO**  En caso positivo, indicar tiempo: \_\_\_\_\_

9. ¿Practica algún deporte? **SI**  **NO**  En caso positivo detalle: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente declaro **BAJO JURAMENTO** que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicito el Seguro de Desgravamen.

Por la presente autorizo a cualquier Médico Colegiado Activo, Hospital o Sanatorio para que proporcionen al **FHA**, la información que solicite sobre el tratamiento, examen, dictamen u hospitalización. Acepto que el **FHA** se reserve el derecho de suspender el trámite hasta que se complete la información del parte médico que fuera necesario.

**ACEPTO QUE LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS QUE TENGAN IMPORTANCIA PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO DURANTE EL PLAZO DISPUESTO EN LA LEGISLACIÓN APLICABLE, LIBERAN AL FHA DE TODO PAGO DE INDEMNIZACIÓN Y PARA EL EFECTO LE DA DERECHO A DAR POR TERMINADO EL SEGURO DE DESGRAVAMEN SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL, LO CUAL PUEDE HACERSE VALER EN CUALQUIER TIEMPO, INCLUSO DESPUÉS DE OCURRIDO EL SINIESTRO.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_