



DECLARACIÓN DE SALUD PARA SOLICITUD SEGURO DE DESGRAVAMEN

Nombre del Solicitante: _____ No. de Caso _____

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. La información proporcionada debe incluir a los otros miembros de la familia que vayan a comparecer en el crédito.

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**

3. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses? **SI** **NO**

4. ¿Se le ha referido a un Hospital u otra Institución para diagnóstico, reposo o tratamiento? **SI** **NO**

Usted lo hizo: **SI** **NO**

5. ¿Tiene usted intención o se le ha recomendado someterse a una operación quirúrgica? **SI** **NO**

6. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes? **SI** **NO**

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

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De los pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda/Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es positiva por favor detalle: _____

8. Si es mujer ¿Está Embarazada? **SI** **NO**

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 proporcione al FHA la información que solicite con respecto al tratamiento, examen, u hospitalización que yo haya recibido.

Fecha _____

Nombre y Firma Solicitante _____

SECCIÓN "B" DEBE SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE Y QUIENES LE ACOMPAÑEN EN LA SOLICITUD DEL CRÉDITO DEL PRESENTE CASO FHA

I. Nombre y datos de todos los que participarán en el crédito (Si se necesita más espacio utilice un formulario adicional).

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA	PESO	PARA USO FHA
A					
B					
C					
D					
E					

2. Cualquiera de las personas indicadas en el cuadro anterior:

a. ¿Ha recibido algún tratamiento para o ha sido avisado que sufre lo siguiente?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda/Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Del Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos seis meses? **SI** **NO**

c. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los últimos seis meses? **SI** **NO**

d. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital o institución similar por tratamiento, lo hizo? **SI** **NO**

e. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo ha hecho? **SI** **NO**

f. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en este formulario? **SI** **NO**

g. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes? **SI** **NO**

Si la respuesta es positiva, por favor dé una explicación en el siguiente espacio e indique el nombre del miembro del núcleo familiar que lo padece, así como el nombre y teléfono del médico tratante.

3. ¿Si es su cónyuge, se encuentra actualmente embarazada? **SI** **NO**

4. ¿Practica alguno de los solicitantes algún deporte? Detallar: _____

Por medio de la presente declaro (*declaramos*) **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 (*solicitamos*) el Seguro de Desgravamen.

Por la presente autorizo (*autorizamos*) 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 (*aceptamos*) que el **FHA** se reserve el derecho de suspender el trámite hasta que se complete la información del parte médico que fuera necesario.

ACEPTO (ACEPTAMOS) 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.

Guatemala, de de 20

1. Nombre y firma del primer Solicitante _____

2. Nombre y firma del segundo Solicitante _____

3. Nombre y firma del tercer Solicitante _____

4. Nombre y firma del cuarto Solicitante _____

5. Nombre y firma del quinto Solicitante _____

OBSERVACIONES:
