



**INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA FUERZA ARMADA  
DEPARTAMENTO DE PRÉSTAMOS**

**SOLICITUD E INSCRIPCIÓN AL SEGURO DECRECIENTE PARA DEUDA HIPOTECARIA**

Plazo: \_\_\_\_\_ Años

Monto del Préstamo: \$ \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones establecidas para el Seguro Decreciente propio, acordadas por el Honorable Consejo Directivo del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) según Resolución No. CD-172, de fecha 11 de abril de 1985, en mi calidad de Solicitante de Préstamo Hipotecario, DECLARO:

**DATOS GENERALES:**

- 1) NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_  
(Según Partida de Nacimiento)
- 2) FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS
- 3) RESIDENCIA: \_\_\_\_\_
- 4) OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_
- 5) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE SALUD:**

6) ¿PADECE O HA PADECIDO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SUS SÍNTOMAS?

	SI	NO		SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	_____	_____	ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS	_____	_____
PRESION BAJA	_____	_____	GENITALES	_____	_____
PRESION ALTA	_____	_____	SÍFILIS	_____	_____
MAREOS, PALPITACIONES O DIFICULTADES DE RESPIRACIÓN	_____	_____	ENFERMEDADES DEL HIGADO O LA VESÍCULA BILIAR	_____	_____
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	_____	_____	CÁNCER	_____	_____
TUBERCULOSIS	_____	_____	TUMORES	_____	_____
TOS CRÓNICA O ASMA	_____	_____	ÚLCERAS	_____	_____
ENFERMEDADES DEL RIÑÓN O DE LA VEJIGA	_____	_____	HIV	_____	_____
DIÁBETES	_____	_____	OTRAS ENFERMEDADES	_____	_____
EPILEPSIA	_____	_____		_____	_____

7) ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO DE ALGUN MEDICO, HOSPITAL O CLÍNICA?: \_\_\_\_\_

8) SI LA RESPUESTA PARA ALGUNA DE LAS DOS PREGUNTAS QUE ANTECEDEN ES AFIRMATIVA, INDÍQUESE:

- A) FECHA DEL PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_
- B) NOMBRE DEL MÉDICO, HOSPITAL O CLÍNICA Y SU DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

C) DETALLES DEL PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

9) ¿HA SOLICITADO ALGUN SEGURO SOBRE SU VIDA O REHABILITACIÓN QUE HAYA SIDO DENEGADO POR ALGUNA COMPAÑÍA? (DAR DETALLES EN SU CASO): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES:**

- A) Convengo en que la presente declaración y los datos proporcionados en ella constituyen la base para ser incluido como asegurado. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos, acepto que el IPSFA pueda denegar el pago de la indemnización correspondiente en caso de que los datos relacionados con la salud sean incompletos o falsos.
- B) Además convengo que el IPSFA tenga el derecho de someterse a examen médico, examen de laboratorio, Rayos X, electrocardiograma o cualquier otro examen médico que el IPSFA indique; o bien rechazar mi solicitud, no teniendo el IPSFA obligación alguna de dar explicaciones en caso de que ejerza cualquiera de éstos derechos.
- C) Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución o persona que me haya asistido o reconocido, o que pudiera asistirme o reconocirme en el futuro, para proporcionar al Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada a su Solicitud, cualquier dato o información que hubiera obtenido por ese medio.
- D) De conformidad al artículo 65 de la ley del IPSFA, autorizo al Instituto para que ordene el descuento de la prima que corresponda a la Autoridad Pagadora que cancela mi sueldo o pensión, según sea el caso.

En testimonio de lo cual, firmo esta declaración en la ciudad de \_\_\_\_\_.

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE