

DECLARACIÓN DE SALUD

SEGURO DE DESGRAVAMEN – BICE HIPOTECARIA ADMINISTRADORA DE MUTUOS
HIPOTECARIOS S.A. POL 0002032-000



1. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:		RUT:	
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO: F ☐ M ☐	
NACIONALIDAD:		PAÍS RESIDENCIA:	
PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO:			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:			
COMUNA:		CIUDAD:	
TELÉFONO/CELULAR:		E-MAIL:	
PROPÓSITO DE LA RELACIÓN LEGAL O CONTRACTUAL CON LA COMPAÑÍA: SEGURO DESGRAVAMEN ☒ SEGURO DE VIDA ☐			
Autorizo que toda comunicación y notificación que siga relación con el presente seguro pueda ser enviada al correo electrónico indicado.			

2. ANTECEDENTES DEL CRÉDITO

N° DE CRÉDITO	
FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINO:
MONTO DEL CRÉDITO:	PLAZO (MESES):

3. ANTECEDENTES SOBRE MI SALUD

PESO (Kg): _____ Estatura (cm): _____	
SI ☐ NO ☐	¿Le ha sido diagnosticada presión alta?
Contestar SÍ o No. En caso de que alguna de las respuestas sea afirmativa, debe entregar más detalles.	
1.- SI ☐ NO ☐	Ha padecido, tiene conocimiento de padecer, ha requerido tratamiento, o tiene una situación o condición de salud, o que actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en alguno de los siguientes grupos de enfermedades:
☐ Tumores benignos, quistes y/o nódulos. ☐ Cardiacas, Circulatorias, aneurismas. ☐ Hipertensión Arterial (HTA). ☐ Vasculares, Sanguíneas. ☐ Endocrinológicas, metabólicas. ☐ Resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, Diabetes. ☐ Patologías respiratorias (Asma, EPOC, otras) ☐ Tabaquismo. ☐ Consumo de drogas. ☐ Consumo de alcohol.	☐ Enfermedades infecciosas (VIH (*), venéreas) ☐ Neurológicas, cerebrovasculares ☐ Obesidad, delgadez extrema ☐ Patologías congénitas ☐ Patologías gastrointestinales. ☐ Patologías del aparato locomotor. ☐ Otras patologías. (*) De acuerdo a lo dispuesto en la ley 19.779 informamos a Ud. que el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana es siempre confidencial y voluntario.

En consideración a lo establecido en el artículo 8 bis de la ley 21.258, que consagra el derecho al olvido oncológico, usted no está obligado a declarar enfermedades oncológicas (cáncer) cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

DECLARACIÓN DE SALUD

SEGURO DE DESGRAVAMEN – BICE HIPOTECARIA ADMINISTRADORA DE MUTUOS
HIPOTECARIOS S.A. POL 0002032-000



a.- SI ☐	NO ☐	¿Está en conocimiento de padecer, haber padecido o haber estado en tratamiento médico y/o quirúrgico (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia, braquiterapia, trasplante, tratamiento multimodal con fin curativo u otros no especificados en esta lista) por cáncer o por una recaída de este los últimos cinco años?
---------------------------------	-----------------------------	---

En caso de respuesta afirmativa a pregunta a), favor detalle a continuación diagnósticos, fecha de diagnósticos, tratamiento (especificar según numeral 1), tratamiento, duración del tratamiento, secuelas y otros antecedentes que usted considere relevantes.

2.- SI ☐	NO ☐	¿Consume algún medicamento? Cuál o Cuáles?
---------------------------------	-----------------------------	--

3.- SI ☐	NO ☐	¿Realiza usted alguna de las siguientes actividades o deportes?:
---------------------------------	-----------------------------	--

☐ Bombero	☐ Andinismo	☐ Buceo
☐ Radiólogo o afín	☐ Tripulación de aeronave no comercial	☐ Benji (caída libre con cuerda)
☐ Paracaidismo	☐ Planeador	☐ Automovilismo
☐ Vigilantes o afines	☐ Motociclismo y afines	☐ Rodeo
☐ Piloto de aeronave no comercial		☐ Surf

Cualquier otra actividad o deporte que se pueda considerar peligrosa. Detalle otras:

4.- ¿Tiene, ha tenido o está en estudio de alguna patología indicada o no detallada anteriormente?
--

ENFERMEDAD, ACCIDENTE O DIAGNÓSTICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO INDICADO (medicamentos, cirugías, etc)	ESTADO ACTUAL
			☐ Alta/Fecha: _____ ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento
			☐ Alta/Fecha: _____ ☐ Tratamiento ☐ Seguimiento

Las declaraciones y respuestas precedentes son expresión fiel y veraz sobre mi real estado de salud y no he omitido ninguna información o antecedente que la Compañía de Seguros deba conocer para evaluar el riesgo y aceptar o rechazar mi solicitud de seguro. Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi estado de salud, para que entregue cualquier información solicitada por **Save Compañía de Seguros de Vida S.A.** A su vez, faculto a esta última para que solicite y/o retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas o instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte, en los términos del artículo 2169 del Código Civil. Finalmente, confirmo la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento, por lo que declaro estar en conocimiento que mis declaraciones son necesarias para la apreciación del riesgo y que cualquier reticencia, declaración errónea, falsa o incompleta importa la nulidad de la cobertura a que se refiere este documento y libera a la compañía del pago de los beneficios contemplados en la póliza. Con la emisión de dicha solicitud no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que la solicitud de incorporación sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la

DECLARACIÓN DE SALUD

SEGURO DE DESGRAVAMEN – BICE HIPOTECARIA ADMINISTRADORA DE MUTUOS
HIPOTECARIOS S.A. POL 0002032-000



póliza. Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por alguna de las enfermedades indicadas en esta solicitud, si son preexistentes, así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no otorga cobertura y por tanto, no estará obligada a pagarlo. Igual cosa sucederá si el siniestro se produce como consecuencia de participar o realizar actividades o deportes riesgosos, los cuales no tienen cobertura. Estoy en conocimiento de que esta solicitud de incorporación no otorga cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

Firma Proponente Asegurado Titular

DÍA / MES / AÑO:

Este documento tiene una validez de 30 días desde la fecha de suscripción solo para el objeto de ser evaluada por la Compañía, sin perjuicio de lo anterior esta declaración, tendrá vigencia indefinida para todos los efectos legales una vez celebrado el contrato.

4. AUTORIZACIÓN

Conforme a lo señalado en el artículo 61 del DFL N° 251 de 1931 sobre Actividad Aseguradora, autorizo a la compañía **SAVE Compañía de Seguros de Vida S.A.** para requerir antecedentes adicionales sobre mi estado de salud y autorizo a Instituciones Hospitalarias, Laboratorios, Médicos y demás personas que me hayan asistido o examinado, a proporcionar a solicitud de la Compañía, todos los datos o antecedentes clínicos que tengan o hayan conocido con motivo de haberme prestado atención o servicios de salud. Lo anterior, con el objeto que la Aseguradora pueda evaluar esta solicitud de seguro o la procedencia del pago de un siniestro, y en cualquier momento que la Compañía lo considere necesario. Para tal efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información que se les solicite. Asimismo, conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la compañía aseguradora o a quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. De la misma forma, consiento expresamente para que la Compañía Aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía de Seguros en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la Aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines.

Nombre del Proponente Asegurado: _____

Cédula de Identidad: _____

Fecha de la Autorización: _____

FIRMA PROPONENTE ASEGURADO