

COBERTURAS A CONTRATAR			
Desgravamen		ITP 2/3 Volunt	
Subsidio DS01			

Nombre del Ejecutivo	Nº Teléfono contacto y/o Mail	Sucursal	Nº de Operación

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE Y CRÉDITO

RUT Asegurable	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil	Ocupación o función
	☐ Masculino ☐ Femenino		
Dirección del Asegurable	Comuna	Ciudad	Teléfono Contacto / Celular
Tipo de crédito	Moneda (UF ó \$)	Monto Total otorgado	Plazo total en meses
	☐ UF ☐ Pesos		

II. DECLARACION PERSONAL DE SALUD (Contestar Si o No, detallando las respuestas afirmativas en el cuadro inferior)

¿Cuál es su ocupación o función? _____ ¿Cuál es su contextura? Peso _____ kgs. Estatura _____ metros.

a) —	¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento u observación médica, tomando medicamento, drogas, píldoras o inyecciones?
b) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer alguna de las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial, Cardiopatía Coronaria (infarto, angina), Miocardiopatía, Edema Pulmonar, Infarto al Miocardio, Trombosis, Embolia Cerebral, Daño Orgánico Cerebral, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa, Enfermedad Obstruktiva de Arteria Periférica, Trombosis Venosa y/o Pulmonares, Angina de Pecho, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia (excepto por falta de hierro), Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hipertensión Portal, Hepatitis Crónica, Varices Esofágicas, Úlcera Gastroduodenal, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Apnea del Sueño, Enfermedad Pulmonar Obstruktiva Crónica (EPOC), Enfermedad Bronquial Obstruktiva Crónica, Asma, Enfisema Pulmonar, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis (TBC), Bronquiectasia, Enfermedades Genitourinarias, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Escoliosis, Glomerulopatía, Nefropatía, Hidronefrosis, Pielonefritis Crónica, Absceso Renal, Incontinencia Urinaria, Estenosis Uretral, Secuela Traumática de la Columna, Discopatía de Columna, Hernias a la Columna, Estenorraquis, Artrosis de columna, Espóndiloartrosis, Artritis, Lupus eritematoso, Vasculitis, Fiebre Reumática, Esclerosis Múltiple, Dermatomiositis, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Lumbago Crónico, Cervicobraquialgia, Artrosis de Cadera, Displasia de Caderas, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular?
c) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Adenoma Parotídeo, Adenoma Hipofisario, Hiperprolactinemia, Retinopatía Diabética, Nefropatía Diabética, Neuropatía Diabética, , Bocio, Tumor Cerebral, Neoplasia Intraepitelial (NIE I, II, III), Pólipos intestinales, Adenoma Prostático, Nódulos Pulmonares, Nódulos Mamarios, Tumor Neuroendocrino, Obesidad, Accidente Vascular Encefálico, Aneurisma Cerebral, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Lateral Amiotrófica, TEC Secuado, Neuropatía Periférica? Durante los últimos 5 años a la fecha de la presente declaración de salud, ¿usted ha sido diagnosticado o ha estado en tratamiento de Cáncer?
d) —	¿Ha sido sometido o le ha sido indicado alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos: Operación al Corazón, Trasplante de Órganos, Cirugía por obesidad?
e) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer o ser portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con él como diarreas crónicas, baja de peso, lesiones o tumores en la piel, HIV (+), VDRL (sífilis), Gonorrea, etc?
f) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer enfermedad del sistema nervioso central o nervios periféricos o ha tenido diagnóstico de que tales tratamientos sean necesarios en su caso?
g) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer alguna enfermedad congénita o tiene alguna anomalía de constitución, deformación, patologías que limitan la vista o audición como, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Vértigo Crónico, Sordera, amputación, defecto físico u otra condición invalidante?
h) —	¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha sido tratado o ha tenido diagnóstico médico de padecer: drogadicción, dependencia de estupefacientes, trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas como, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Drogadicción, Alcoholismo Crónico, Esquizofrenia, Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Depresión Endógena, Depresión Crónica, Psicopatías, Trastorno de Adaptación? o ¿Hace uso habitual o permanente de drogas o medicamentos tales como tranquilizantes u otros similares?

Nombre del Ejecutivo	Nº Teléfono contacto y/o Mail	Sucursal	Nº de Operación
RUT Asegurable	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Tipo de crédito	Moneda (UF ó \$)	Monto Total otorgado	Plazo total en meses
	☐ UF ☐ Pesos		

i) ____	¿Ha estado alguna vez hospitalizado en algún hospital, clínica u otra institución para diagnóstico, operación o tratamiento de enfermedad común o accidente?
j) ____	¿Le ha sido rechazado alguna vez un Seguro de Vida o alguna renovación o rehabilitación del mismo?
k) ____	¿Está Ud. embarazada? Nº de semanas: ____ semanas

En caso que usted haya padecido o padezca algunas de las enfermedades o situaciones antes señaladas o deberá especificarla en el cuadro siguiente, completando los datos que al efecto se requieren:

Enfermedad o Diagnóstico	Fecha de inicio y alta	Condición actual	Médico Tratante

Si requiere de más espacio al completar este cuadro, solicite otro formulario al Ejecutivo.

III. DECLARACION DE ACTIVIDADES O DEPORTES RIESGOSOS (marque con una cruz si corresponde)

¿Realiza usted alguna de las siguientes actividades o deportes: ☐ Bombero, ☐ Ingeniero en minas, ☐ Radiólogo, ☐ Ingeniero químico (planta), ☐ Minero, ☐ Periodista corresponsal de guerra, ☐ Guardias con porte de armas, ☐ Piloto de aeronave no comercial, ☐ Tripulación de aeronave no comercial, ☐ Miembro de Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública y de Gendarmería, ☐ Andinismo y/o Montañismo, ☐ Automovilismo, ☐ Benji (caída libre con cuerda), ☐ Buceo, ☐ Motociclismo, ☐ Paracaidismo, ☐ Planeador, ☐ Rodeo, ☐ Surf, o cualquier otra actividad o deporte que se pueda considerar peligrosa ?
Detalle:
Si en el futuro usted comienza a realizar éstas actividades o deportes que puedan ser considerados peligrosos, deberá informar de ello por escrito a esta Compañía, para los efectos de la evaluación del riesgo.

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 MetLife Chile Seguros de Vida S.A. Asimismo, faculto a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. 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, declaro estar en pleno conocimiento de que no procederá el pago del seguro si mis declaraciones o respuestas han sido incompletas, falsas o erróneas. La presente declaración es parte integrante de la solicitud de incorporación al seguro firmada con esta misma fecha. 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 póliza.

_____ Fecha	_____ Decisión de la Compañía	_____ Nombre y Firma del Asegurable
----------------	----------------------------------	--

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus sucesores y cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a ésta y/o puesto voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio(s) que pudieren estar asociados al seguro contratado o para efectos de almacenamiento de la información.

_____ Fecha	_____ Nombre y Firma del Asegurable
----------------	--