

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD																							
Nombre Completo				RUT																			
Fecha Nacimiento	/	/	Teléfono	Capital Asegurado (UF)	Plazo																		
Peso (Kgs.)				Estatura (Cms)																			
1.¿Ha padecido, se le ha diagnosticado, o tiene conocimiento de sufrir alguna de las siguientes situaciones de salud o enfermedades: Diabetes, al riñón, a los huesos como hernias a la columna, artrosis Discopatías, Lumbago, Lumbociática, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular, hipertensión arterial, cardíacas, Infarto del Miocardio, Enfermedades Coronarias, Angina de Pecho, Enfermedades Reumáticas, Soplo al Corazón, Arritmias, Accidentes Cerebrovasculares, Aneurismas, Varices, Flebitis, Ulceras Varicosas o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio al sistema respiratorio, cáncer, hepatitis (excepto tipo A), gastrointestinales, como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, hematológicas, como leucemia, linfoma o anemia, desordenes nerviosos o mentales, sida, HIV positivo, neurológicas, como, epilepsia, enfermedad de Alzheimer, alcoholismo o drogadicción, sobrepeso u obesidad con o sin cirugía? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa especifique <table><tr><td>Enfermedad</td><td colspan="3"></td><td>Fecha del Diagnóstico</td><td>/</td></tr><tr><td>Médico Tratante</td><td colspan="5"></td></tr></table>						Enfermedad				Fecha del Diagnóstico	/	Médico Tratante											
Enfermedad				Fecha del Diagnóstico	/																		
Médico Tratante																							
2. ¿Ha padecido, se le ha diagnosticado, o tiene conocimiento de sufrir alguna enfermedad no mencionada en la pregunta anterior? SI ☐ NO ☐ Detalle Enfermedad: _____ Médico Tratante y especialidad : _____ ¿A la fecha de la presente declaración se ha practicado exámenes médicos recientes cuyos resultados estén pendientes o usted no conozca? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa especifique: Examen (es): _____ Fecha de realización: _____																							
3.¿Ha estado en bajo algún tratamiento médico en los últimos 5 años? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa especifique : <table><tr><td>Diagnóstico</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>Tipo de tratamiento</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>Médico Tratante</td><td colspan="3"></td><td>Fecha del Diagnóstico</td><td>/</td></tr></table>						Diagnóstico						Tipo de tratamiento						Médico Tratante				Fecha del Diagnóstico	/
Diagnóstico																							
Tipo de tratamiento																							
Médico Tratante				Fecha del Diagnóstico	/																		
4. Para Asegurables mujeres: ¿Está usted embarazada? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa especifique el N° de semanas de gestación: _____ <table><tr><td>Médico Tratante</td><td colspan="3"></td><td>Fecha del Diagnóstico</td><td>/</td></tr></table>						Médico Tratante				Fecha del Diagnóstico	/												
Médico Tratante				Fecha del Diagnóstico	/																		
5.¿Ingiere o le ha sido prescrito la ingesta de algún tipo de medicamento en forma habitual? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa especifique : Nombre del o los medicamentos: _____																							
6. Usted ha sido dictaminado o se le ha otorgado algún grado de Invalidez por alguna Comisión Médica (AFP/Compin/Mutuales/Capredena) a causa de una enfermedad o accidente? SI ☐ NO ☐ En caso de respuesta afirmativa, detalle: _____ Causa (as) de Invalidez y fecha de dictamen : _____ Porcentaje de Invalidez otorgado: _____																							
7. Se encuentra tramitando una Invalidez por accidente o por enfermedad, en alguna de las Comisiones antes mencionada ? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indicar causal y comisión en la que presentó los antecedentes:																							
Confirmo la veracidad y exactitud de las declaraciones que he formulado precedentemente, manifestando que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen para la Compañía aseguradora información determinante del riesgo que se le propone asegurar y en consecuencia, si hubiere incurrido en un inexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho para rescindir el contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio. Declaro estar dispuesto a someterme voluntariamente a exámenes y pruebas médicas, si la Compañía así lo requiere, con ocasión de la evaluación y/o suscripción del riesgo por su parte, y asimismo, para el caso de siniestro. Adicionalmente, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, jueces árbitros y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada, incluidas las Superintendencias de la Salud, de Isapres y de Valores y Seguros, que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física y psíquica; tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorio clínicos, para entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía, cuando esta lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N°19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario. Además autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley 19.628. El consentimiento y autorizaciones precedentes se otorgan en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la etapa de evaluación y durante el procedimiento de liquidación de cualquier siniestro, autorizaciones que no se extinguirán en caso de muerte, conforme lo establece el artículo 2169 del Código Civil. Por otra parte la Compañía se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.																							
Fecha: / /			Firma y RUT Asegurable																				



Nombre Completo	RUT
-----------------	-----

¿Practica Ud. alguna de las actividades o deportes indicados a continuación aunque lo haga en forma ocasional y/o esporádica: inmersiones subacuáticas, alas delta, parapente, paracaidismo, benji, montañismo, boxeo, carreras de auto, moto, embarcaciones acuáticas, bicicleta, ski de nieve; esquí en helicóptero, manta ray, polo, kite surf, carreras de caballo, rodeo, bombero, piloto o pasajero de aviación civil, pasajero en aviación comercial en vuelos no regulares o de itinerario no establecido (Charter).

Si su respuesta es afirmativa especifique

INDIQUE	
---------	--

Si respuesta es afirmativa indique cilindrada

INDIQUE	
---------	--

Cargo que ocupa	
-----------------	--

Lugar donde desempeña su actividad	
------------------------------------	--

Si su respuesta es afirmativa especifique

INDIQUE	
---------	--

Confirmando la veracidad y exactitud de las declaraciones que he formulado precedentemente, manifestando que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen para la Compañía aseguradora información determinante del riesgo que se le propone asegurar y en consecuencia, si hubiere incurrido en un inexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho para rescindir el contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

Declaro estar dispuesto a someterme voluntariamente a exámenes y pruebas médicas, si la Compañía así lo requiere, con ocasión de la evaluación y/o suscripción del riesgo por su parte, y asimismo, para el caso de siniestro. Adicionalmente, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, jueces árbitros y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada, incluidas las Superintendencias de la Salud, de Isapres y de Valores y Seguros, que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física y psíquica; tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorio clínicos, para entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía, cuando esta lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N°19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario. Además autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley 19.628. El consentimiento y autorizaciones precedentes se otorgan en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la etapa de evaluación y durante el procedimiento de liquidación de cualquier siniestro, autorizaciones que no se extinguirán en caso de muerte, conforme lo establece el artículo 2169 del Código Civil. Por otra parte la Compañía se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.

Declaro recibir conforme en este acto una copia del presente instrumento.

Firma y RUT Asegurable