

SEGUROS COLECTIVOS Y DESGRAVAMEN Declaración de Salud (Confidencial)

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON EL MISMO LAPIZ Y DE PUÑO Y LETRA POR EL ASEGURABLE

NOMBRE:				R.U.T.			
FECHA NACIMIENTO:	EDAD	ESTADO CIVIL	CASADO	VIUDO	SOLTERO	OTRO	FONO
E-MAIL:							
DESCRIPCION DETALLADA DE SU ACTIVIDAD LABORAL (NO INCLUIR CARGOS NI PROFESION):							

PARA CIUDADANO EXTRANJERO

NACIONALIDAD:	RESIDENCIA DEFINITIVA?	SI	NO
---------------	------------------------	----	----

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

- 1.a)** ¿TIENE O ESTA TRAMITANDO OTROS SEGUROS DE VIDA, DESGRAVAMEN, ACCIDENTES O SALUD EN ESTA U OTRA COMPAÑIA?. EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR: TIPO DE SEGURO Y COMPAÑIA.
- 1.b)** LE HAN REHUSADO, PROPUESTO O APLICADO EXTRAPRIMA EN ALGUN SEGURO DE VIDA, DESGRAVAMEN, ACCIDENTE, SALUD, ENFERMEDADES GRAVES, ONCOLOGICO?. EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR:
- 1.c)** ¿PRACTICA DEPORTES?
INDICAR QUE DEPORTES Y FRECUENCIA
- 1.d)** ¿HACE USO DE AVIACION PRIVADA, COMO PASAJERO O PILOTO? (AVIONETAS, HELICOPTEROS, PLANEABLES, OTROS)
- 1.e)** ¿HACE USO DE MOTOCICLETA PARA PASEO, IR AL TRABAJO O DEPORTE? SEÑALAR FRECUENCIA Y CILINDRADA DE LA MOTO

2.a) PESO Y ESTATURA ASEGURABLE

PESO	ESTATURA
------	----------

- 2.b)** ¿HA FUMADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUANTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE.
¿DEJO DE FUMAR POR PRESCRIPCION MEDICA?
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: FECHA, MOTIVO MEDICO Y CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE FUMABA.
- 2.c)** ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS A DIARIO?
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CANTIDAD.
- 2.d)** ¿HACE USO DE DROGAS? (COCAINA, MARIHUANA U OTRO ALUCINOGENO)
EN CASO AFIRMATIVO SEÑALAR TIPO Y DESDE CUANDO
- 2.e)** ¿SUFRE O HA SUFRIDO DE PROBLEMAS DE PRESION ARTERIAL?
DETALLE.
- 2.f)** ¿HA SIDO O SERA HOSPITALIZADO O SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA? EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR: DIAGNOSTICO O TRASTORNO, FECHA DE DIAGNOSTICO, DURACION Y TRATAMIENTO RECIBIDO.

PARA MUJERES ASEGURABLES

2.g) ¿ESTAS EMBARAZADA?

SI	NO	NUMERO DE SEMANAS: _____
----	----	--------------------------

- 3.** SUFRE O HAN SUFRIDO SUS PADRES Y/O HERMANOS DE ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES, AFECCION, CANCER (PRECISAR TIPO Y EDAD), DIABETES, ENFERMEDADES DEL CORAZON, ENFERMEDADES CONGENITAS, HIPERTENSION ARTERIAL, TRASTORNOS MENTALES, ETC.?
- | | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR QUIENES:

PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA	PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA
PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA	PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA
PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA	PARENTESCO	EDAD	DOLENCIA

4. ¿SE ENCUENTRAN SUS PADRES O HERMANOS FALLECIDOS?

 SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLE QUIENES, EDAD Y CAUSA:

PARENTESCO	EDAD	CAUSA	PARENTESCO	EDAD	CAUSA

5. SUFRE, HA SUFRIDO O LO HAN TRATADO ANTERIORMENTE DE:

EN CASO AFIRMATIVO, PARA CADA ASEGURABLE, COMPLETAR DIAGNOSTICO O TRASTORNO, FECHA DEL DIAGNOSTICO, DURACION Y TRATAMIENTO RECIBIDO.

5.a) TRASTORNOS MENTALES O NERVIOSOS, JAQUECAS, VERTIGOS, CONVULSIONES, PARALISIS, TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC) O ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO.

 SI NO

5.b) ASMA, ENFISEMA, BRONQUITIS CRONICA, PLEURESIA, TOS O RONQUERA PERSISTENTE, SANGRAMIENTO, TUBERCULOSIS, U OTRA ENFERMEDAD PULMONAR.

 SI NO

5.c) ANGINA DE PECHO, INFARTO DEL MIOCARDIO, SOPLO CARDIACO, PALPITACIONES, ARRITMIAS, TROMBOSIS, DOLOR AL PECHO U OTRA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

 SI NO

5.d) ENFERMEDAD DE LA SANGRE (ANEMIA, LEUCEMIA, ALERGIAS, ENFERMEDADES DE LOS GANGLIOS LINFATICOS, OTROS).

 SI NO

5.e) ENFERMEDADES DE LAS MAMAS O DE LOS ORGANOS DE LA REPRODUCCION.

 SI NO

5.f) ENFERMEDADES RENALES, CALCULOS RENALES, ENFERMEDADES DE LA VEJIGA, RIÑON POLIQUISTICO, SANGRAMIENTOS, CAMBIO DE HABITO URINARIO.

 SI NO

5.g) ENFERMEDADES DEL HIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, ESTOMAGO, INTESTINO, PANCREAS, SANGRAMIENTO, DIFICULTAD O DOLOR PARA TRAGAR, CAMBIO EN EL HABITO DIGESTIVO.

 SI NO

5.h) DIABETES, GOTA, HIPERLIPIDEMIA, ENFERMEDADES DE LA TIROIDES U OTRA ALTERACION ENDOCRINA O METABOLICA.

 SI NO

5.i) TUMOR, CANCER DE CUALQUIER TIPO O NATURALEZA.

 SI NO

5.j) ALCOHOLISMO O DROGADICCION, CONSUMO DE MORFINA, COCAINA U OTRAS DROGAS.

 SI NO

5.k) ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ O GARGANTA.

 SI NO

5.l) ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O AMPUTACION.

 SI NO

5.m) TRASTORNOS INFECCIOSOS, ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL, INFECCION V.I.H.

 SI NO

5.n) TIENEN CONOCIMIENTO DE PADECER O HABER PADECIDO CUALQUIER TRASTORNO, SINTOMA, ENFERMEDAD O LESION GRAVE, A LA QUE NO SE HAYA ALUDIDO DIRECTAMENTE EN ESTE CUESTIONARIO? FAVOR CONTESTAR:

 SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

CONFIRMO LA EXACTITUD Y SINCERIDAD DE LAS DECLARACIONES ARRIBA EXPRESADAS, QUE NADA HE OCULTADO, OMITIDO O ALTERADO; ME DOY POR ENTERADO QUE DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LOS ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA LA APRECIACION DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPANIA; Y QUE UNA DECLARACION FALSEADA, OCULTACION O RETICENCIA COMPROBADA DE MI PARTE RESPECTO DE ESTA DECLARACION DE SALUD, IMPLICA LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y LIBERA A LA COMPANIA DEL PAGO DEL SEGURO. ADEMÁS, AUTORIZO EXPRESAMENTE A CUALQUIER MEDICO, INSTITUCION U OTRA PERSONA QUE ME HUBIERE ASISTIDO EN MIS PROPIAS DOLENCIAS, A REVELAR A LA COMPANIA TODOS LOS ANTECEDENTES DE LAS PATOLOGIAS QUE PUDIERA HABER TENIDO, ADQUIRIDO O QUE TENGAN CONOCIMIENTO AL PRESTARNOS SUS SERVICIOS.

FECHA		
-------	--	--

FIRMA ASEGURABLE
