

se solicita al candidato, contestar con sinceridad y con letra de imprenta.  
plan de seguro al cual está optando .....

**declaración especial de salud**

**1** a) Nombres y apellidos .....  
 b) Fecha exacta de nacimiento ..... R.u.t.: .....  
 c) Profesión (ocupación accesoria) (dar los máximos detalles): .....  
 d) Domicilio: .....

---

**2** ¿Ha habido entre sus familiares directos, enfermos del corazón o de la circulación antes de los 65 años?  No  Si .....  
 ¿Diabéticos o enfermos mentales? .....

---

**3** a) ¿Ha sido declarado inútil para el servicio militar?  No  Si .....  
 b) ¿Practica Ud. deportes regularmente? ¿Cuáles?  No  Si ¿Por qué? .....

---

**4** a) ¿Tiene Ud. alguna afección?  No  Si ¿Cuál? .....  
 b) ¿Su capacidad de trabajo está reducida?  No  Si .....  
 c) ¿Ha sido Ud. dado de baja en su trabajo en los últimos 5 años durante más de 4 semanas?  No  Si .....  
 ¿Cuándo? ¿Por qué? .....  
 d) Peso (1) Estatura (2) (1) ..... Kg (2) ..... Mts  
 e) ¿Su peso ha aumentado (1) o disminuido (2) durante los 5 últimos años? ¿Cuánto?  No  Si (1) ..... Kg (2) ..... Kg  
 ¿intencionadamente? si  no  Causa.....

---

**5** a) ¿Bebe Ud. bebidas alcohólicas? ¿Cuáles?  No  Si .....  
 ¿Cantidad diaria? .....  
 b) ¿Fuma Ud.? ¿Cantidad diaria?  No  Si .....  
 c) ¿Toma Ud. con regularidad medicamentos contra el dolor de cabeza? ¿Somníferos? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?  No  Si .....  
 d) ¿Consume o ha consumido estupefacientes (drogas)? ¿Cuáles? ¿Cuándo la última vez?  No  Si .....

---

**6** a) ¿Ha sido Ud. tratado en un hospital, un sanatorio o un balneario o terma? ¿Le han mandado hacer alguna cura de reposo, de desintoxicación, dietética o de algún otro tipo? ¿Cuándo? ¿Por qué?  No  Si .....  
 b) ¿Ha tenido Ud. que seguir algún tratamiento fisioterapéutico? ¿Cuál? ¿Cuándo? ¿Por qué?  No  Si .....  
 c) ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente? ¿Por qué? ¿Cuándo?  No  Si .....

- 7 a) ¿Le han prescrito durante un cierto tiempo antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona? ¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Porque?   No Si
- b) ¿Le han prescrito durante un cierto tiempo medicamentos para el corazón o la circulación, contra la hipertensión, anticoagulantes u otros medicamentos? ¿Cuáles? ¿Por qué?   No Si

- 8 a) ¿Le han hecho algún examen radiológico de torax (radioscopia, radiofoto o radiografía) en el transcurso de los 2 últimos años? ¿Por qué? ¿Cuál fue el resultado?   No Si
- b) ¿Le han practicado algún otro tipo de examen radiológico (tubo digestivo, vías urinarias, cráneo, etcétera)? ¿Cuándo? ¿Cuál fue el resultado?   No Si

- 9 a) ¿Le han hecho algún electrocardiograma? ¿Cuál fue el resultado? ¿Cuándo?   No Si
- b) ¿Le han hecho algún encefalograma? ¿Cuándo? ¿Cuál fue el resultado?   No Si

- 10 a) ¿Ha sido Ud. sometido a alguna intervención quirúrgica?   No Si
- b) ¿Ha sufrido Ud. algún tratamiento con Rayos X, sustancias radiativas, etc.?   No Si
- c) ¿Ha sido Ud. víctima de algún accidente grave o intoxicación?   No Si

- 11 Para personas del sexo femenino:   No Si
- a) ¿Está Ud. embarazada? ¿De cuántos meses?   ..... meses
- ¿El embarazo transcurre normalmente?
- b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica, tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular?

- 12 a) ¿Ha sido Ud. tratado por un psicólogo o un fisioterapeuta?   No Si
- b) ¿Ha sido Ud. tratado por algún otro tipo de médico?   No Si

- 13** ¿Tiene Ud., o ha tenido alguna vez, alguna de las enfermedades o trastornos siguientes:
- |                                                                                                                                                                                                                           | No                       |   | Si                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?                                  | <input type="checkbox"/> | a | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices u otras enfermedades del aparato circulatorio?                                             | <input type="checkbox"/> | b | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, epilepsia, accidente vascular cerebral, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis u otras enfermedades del sistema nervioso?                               | <input type="checkbox"/> | c | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ctericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?              | <input type="checkbox"/> | d | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración?                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | e | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)?                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | f | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | g | <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Enfermedades de la piel?                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | h | <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Edema o supuración de los ganglios linfáticos?                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | i | <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?                                                                        | <input type="checkbox"/> | j | <input type="checkbox"/> |
| k) ¿Enfermedades venéreas? (como sífilis, gonorrea, sida u otras)                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | k | <input type="checkbox"/> |
| l) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas? (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc)?                                               | <input type="checkbox"/> | l | <input type="checkbox"/> |
| m) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente, por ejemplo, enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc? | <input type="checkbox"/> | m | <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del 10 a) al 13 m) especifique enfermedad o accidente.	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?

**14** ¿Quién es su médico de cabecera? -----  
 ¿Quién es el médico que le ha tratado por última vez? ¿Cuándo? ¿Y por qué? -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

**declaración y mandato**

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada. Autorizo a los médicos y a todas las personas consultadas por la Compañía a darle a ésta o a su servicio médico las informaciones solicitadas relacionadas con el contrato de seguro.

Declaro conocer y aceptar que cualquiera declaración falsa anulará el contrato de seguro que afecta a esta declaración y no tendrá derecho a exigir indemnización de ninguna especie.

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 de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o 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. Asimismo, 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 aseguradora 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.

fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**Firma asegurable**

V° B° Médico Revisor .....  Acepta Póliza .....

.....  Rechaza .....

Razón de rechazo .....

.....