



La solicitud de seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del asegurado con letra clara y legible.

Nombre Del Asegurado :

D. N. I.:

OBSERVACIONES IMPORTANTES. Haz tus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza. Si tienes ligeros padecimientos que son comunes en casi todas las personas, tu seguro se contratará normalmente. Si tienes alguno de cierta importancia, puedes obtener el beneficio del seguro, mediante pago de extra prima o sobreprima. Si padeces de alguna enfermedad grave, indicala sin temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que a un litigio posterior por falta de declaración. En todo caso, unas declaraciones auténticas y un contrato basado en las primas, nunca será discutido por la compañía que supo desde el inicio, el riesgo que aceptaba. Si necesitas más espacio que el que consigna este formulario para detallar una pregunta, adjunta una hoja aportando mayores antecedentes.

1.-	SI	NO	Detalle: Compañía y Monto
A) ¿Tienes algún seguro de vida o en trámite? Indica en que compañía, detalla plan y montos asegurados.			A)
B) ¿Has sido rechazado alguna vez para un seguro de vida, o en alguna renovación o rehabilitación especial del mismo?			B)
C) ¿Se te ha aplicado recargo en las primas?			C)
D) ¿Solicitas este seguro para reemplazar otro en esta compañía?			D)

2.-
¿Cuál es el parentesco o el interés asegurable que te une con el (los) beneficiario(s) que has designado en la solicitud de seguro?

3.- Historia Familiar				
	Edad Actual	Padece o Padeció alguna enfermedad. ¿Cuál?	Fecha de Diagnóstico	Si falleció, fué por la misma causa? Edad de Fallecimiento
Padre				
Madre				
Hermanos				

4.-	SI	NO	Detalle
¿Alguno de tus padres o hermanos ha tenido o tiene alguna enfermedad vascular o al corazón, diabetes o trastornos mentales?			

5.-	SI	NO	Detallar: Actividad o deporte
A) ¿Realizas vuelos cómo piloto, estudiante de piloto o eres miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuelas como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?			A)
B) ¿Eres bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realizas cualquier otra actividad que se pueda considerar peligrosa?			B)
C) ¿Practicas paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda), pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad obviamente peligrosa?			C)

Si en el futuro comienzas a realizar estas u otras actividades o deportes que puedan ser considerados peligrosos, deberás informarlo por escrito a esta compañía, la que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

6.-	SI	NO	Detalle
A) Estatura mts. Peso kgs.			
B) ¿Has tenido variación de mas de 5 kg. de peso en este ultimo año? Indica causa probable			B) Alza kg. Baja kg Causa:
C) ¿Te has medido la presión arterial en los últimos 2 años? ¿Cuál fue el resultado?			C) Baja Normal Alta Ignora
D) ¿Practicas algún deporte con regularidad? Si No ¿Cuál?			D) Aficionado Profesional

7.-
A) Fecha en que se realizó tu último examen o control médico
B) Nombre del médico
C) Dirección y Teléfono
D) Especialidad
E) Motivo de la consulta
F) Si fue por control general o preventivo, informa el resultado de este
G) Si fue por enfermedad, informa el diagnóstico médico

8.-	SI	NO	Detalle: Fecha y Motivo
A) ¿Has solicitado alguna vez pago de beneficio, pensión parcial o total por dolencias, enfermedades o impedimentos de cualquier tipo?			

9.-	SI	NO	Detalle
A) ¿Has consumido bebidas alcohólicas en exceso o has sido sometido a tratamiento o rehabilitación por alcoholismo?			A)
B) ¿Has hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D., marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?			B)
C) ¿Usas o has hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes, somníferos? ¿Quién te los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			C)
D) ¿Fumas?			D) Indicar consumo diario:
E) ¿Dejaste de fumar? Si No ¿Cuándo? ¿Cuánto fumabas diariamente?			

10.-	SI	NO	Detalle: Fecha, Causa y Secuelas
¿Tienes alguna anomalía de constitución, amputación o defecto físico?			

Te rogamos la mayor precisión en los antecedentes que nos entregues. La información incompleta o parcial impedirá la rápida emisión de Tu póliza. Si cometes algún error, solicita un nuevo formulario. No se aceptan borradores, correcciones ni uso de líquidos correctores y ni distintos colores de lápiz/cera.

La solicitud de seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del asegurado con letra clara y legible.

11.-	SI NO	Detalle: Fecha de Diagnóstico - Fecha de tratamiento Fecha de Alta - Nombre del médico, hospital
¿Padeces o has padecido alguna de las afecciones o trastornos siguientes?:		Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una información al respecto
A) AFECCIONES AL SISTEMA NERVIOSO, vértigos, desmayos, parálisis, convulsiones, epilepsia, pérdida del conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis?		A)
B) AFECCIONES DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS, asma, enfisema, fiebre alta, silicosis, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar?		B)
C) AFECCIONES DEL CORAZÓN O DEL APARATO CIRCULATORIO, fiebre reumática, presión alta, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas, etc?		C)
D) AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO, úlcera gástrica o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangrado rectal o anal u otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo?		D)
E) AFECCIONES URINARIAS O DE LOS ÓRGANOS GENITALES, nefritis, cálculo en el riñón, enfermedad de la vejiga, próstata o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina?.		E)
F) ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O ARTICULACIONES, gota, artritis, reumatismo, lumbalgia, ciática, lesiones traumáticas, afecciones a la columna, huesos, músculos o extremidades?		F)
G) ENFERMEDADES DE SANGRE, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia?		G)
H) PERTURBACIONES FUNCIONALES DE LAS GLÁNDULAS, bocio, colesterol elevado, diabetes?		H)
I) ULCERAS; TUMORES; CÁNCER, quistes ,malignos, sífilis, etc.		I)
J) Varices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?		J)
K) ENFERMEDADES DE LA PIEL O DE LOS SENTIDOS, ojos, oídos, nariz, o garganta? ¿Existe una disminución de la vista o del oído? ¿Estás enteramente corregido por el uso de gafas o de un aparato acústico?		K)
L) ENFERMEDADES INFECCIOSAS, escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebre tifoidea, septicemia, hepatitis?		L)

12.-	SI NO	Detalles
A) ¿Has estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?		Fecha: Motivo:
B) ¿En los últimos 5 años se ha practicado algún examen? Cuáles: Sangre Orina Electrocardiograma o exámenes al corazón Imágenes (radiográficas, ecografías) Otros		Fecha: Resultados: Motivos:

13.-	SI NO	Detalles
A) ¿Has padecido o tienes conocimiento de padecer el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarrea crónica, baja de peso, tumores de la piel, etc), o condiciones relacionadas al SIDA?		A)
B) ¿Has sido examinado o has recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías mencionadas en la opción anterior?		B)
C) ¿ Se ha realizado el test diagnóstico del VIH, hepatitis B, C, ó enfermedades de transmisión sexual?		C)

14.-	SI NO	Detalles
A) ¿Estás recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad o estás tomando medicina de cualquier clase?		A) Medicamento: Motivo:
B) ¿Tienes que ser hospitalizado próximamente?		B) Motivo: Fecha:
C) Tienes conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?		C) Fecha: Secuela:

15.-	SI NO	Detalles
¿Has sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? Proporciona detalles. En caso de traumatismo craneal, indica si hubo coma o pérdida de conocimiento y su duración		

16.-	SI NO	Detalles	Fecha
A) ¿Has sufrido o tienes conocimiento de padecer:			
A.1) Cualquier enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular?		A.1)	
A.2) Abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?		A.2)	
B) ¿Estás embarazada actualmente? ¿De cuánto tiempo?		B)	
C) ¿Cuántos partos has tenido y cuándo fue el último?		C)	
D) ¿Te has practicado exámenes papanicolau (PAP)?		D)	

17.-
Tienes alguna otra cosa que declarar concerniente a tu salud?
Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios. Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar: _____ Fecha: _____ Firma del Asegurable _____

COD.: 18104 (8 x 50) 360