

Declaración Personal de Salud Renta Dependencia Cargas

El presente formulario debe ser llenado personalmente por usted, en su calidad de asegurable, de su Puño y Letra. Las declaraciones que efectúe deben incluir todo padecimiento y/o enfermedad, haya sido tratado o no. El contrato que se celebre estará basado en la información que usted ha consignado, por lo que sólo declaraciones completas y auténticas permiten a la compañía evaluar el riesgo que asumirá. Es necesario que usted tenga presente que dada las facultades que la ley confiere a la Compañía, cualquier omisión o declaración falsa que induzca a una evaluación errónea del riesgo, puede significar el no pago de eventuales siniestros.

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno		RUT		Edad	
								años	
Estado Civil			Detalle labor actual o anterior						
¿Practica algún deporte, hobby o actividad paralela?									
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar cuál y frecuencia:									
¿Utiliza Moto?									
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Finalidad: <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Deporte									
Estatura:		Peso:		Presión arterial		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja	
Fuma:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad diaria:					
Consumo promedio de Alcohol			CC		<input type="checkbox"/> Diario		<input type="checkbox"/> Normal		
¿Actualmente se encuentra jubilado por invalidez?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Motivo		
¿Ha recibido indemnización o pensión por enfermedad o impedimento de cualquier tipo o ha hecho uso de licencias médicas por un periodo superior a 2 meses?									
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
En caso afirmativo detalle:									

Por favor marque SI o NO en respuesta a las siguientes preguntas:

¿Ha padecido, tiene conocimiento de padecer, está o ha estado en estudio, o ha requerido tratamiento por:			
a)	Epilepsia, vértigos, convulsiones, parálisis, pérdida de conocimiento, TEC, depresión, anorexia, bulimia, enfermedades psiquiátricas, encefalitis, derrame cerebral, o cualquier enfermedad del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b)	Enfermedad progresiva debilitante, esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora, enfermedad de Parkinson o cualquier otra enfermedad neurológica o encefalomiелitis miálgica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c)	Pérdida de la memoria o períodos de confusión o demencia pre-senil o enfermedad de Alzheimer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d)	Enfermedad bronquial obstructiva, asma, enfisema, pleuresía, pulmonía, tuberculosis, apnea o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e)	Presión alta, fiebre reumática, angina, arritmia, valvulopatía, operación al corazón, várices o enfermedad arterial de extremidades o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f)	Úlcera gástrica o duodenal, hernia hiatal, diarreas crónicas, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, sangramiento anal o cualquier otra enfermedad al esófago, estómago, intestino, recto, hígado, vesícula, páncreas o bazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g)	Pielonefritis, glomerulonefritis, síndrome nefrótico, sangramiento en orina, nefritis, cálculo renal, o cualquier otra enfermedad u operación de la vejiga, testículos, próstata, riñón o vías urinarias?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h)	Gota, artritis, reumatismo, hernia al núcleo pulposo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada, con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i)	Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, o cualquier otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j)	Diabetes, bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, alteraciones de la hipófisis, o cualquier otra enfermedad endocrina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Declaración Personal de Salud

Renta Dependencia Cargas

Por favor marque SI o NO en respuesta a las siguientes preguntas: (continuación)

¿Ha padecido, tiene conocimiento de padecer, está o ha estado en estudio, o ha requerido tratamiento por:		SI	NO
k)	Cáncer, enfermedad de Hodgkin, leucemia, tumores, quistes, pólipos, nódulos, divertículos, abscesos u otro tipo de lesiones malignas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	Miopía, ceguera, sordera u otras alteraciones de ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Colesterol, triglicéridos elevados o alteración de los lípidos sanguíneos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	SIDA, enfermedades relacionadas al SIDA o virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ñ)	Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)	Melanomas, psoriasis, o cualquier otra enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p)	Usan o han hecho uso de drogas prohibidas (cocaína, marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q)	Han tenido variaciones de más de 10 kilos de peso en el último año Indicar causa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)	Hospitalización o cirugía pendiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)	Tratamientos, terapias, estudio de diagnóstico o tomando medicamentos de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t)	Tratamiento para el control de peso u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u)	Enfermedad, malformación congénita, traumatismo, hidrocefalia o displasia de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v)	Enfermedad, accidente, cirugía o condición que no se haya aludido en este cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w)	Durante los 180 días anteriores a la fecha de solicitud de seguro Usted tiene dolencias, padecimientos, inicios de patologías en proceso y/o procedimientos de diagnóstico por los cuales haya o aún no, consultado una opinión médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa)	Licencia médica o solicitudes de invalidez vigente, rechazada o en trámite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ab)	Actualmente embarazada. Si la respuesta es si, favor indicar FUR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ac)	Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) indicar fecha y resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ad)	Se ha realizado mamografía. Indicar fecha y resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ae)	Se ha realizado el examen de antígeno prostático? indicar fecha y resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
af)	¿Se encuentra en estudio por Covid-19 (Coronavirus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ag)	¿Ha tenido contacto con alguien contagiado con Covid-19? Especifique si ha tenido cualquier síntoma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ah)	¿Ha tenido la intención de consultar algún médico por los síntomas del punto anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ai)	¿Ha requerido pasar por un aislamiento? Indique motivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de responder Sí, completar información a continuación:

Nombre Asegurable	Letra	Diagnóstico/enfermedad	Fecha	Tratamiento actual	Tratamiento y Médico tratante
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Declaración Personal de Salud Renta Dependencia Cargas

a) ¿Ud. necesita ayuda de alguien, o alguien tiene que estar presente para que Ud. pueda realizar actividades normales de la vida diaria tales como vestirse, bañarse, cocinar, los quehaceres del hogar, comer, comprar, salir a caminar, usar las escaleras, ir al baño, sentarse o pararse de la silla o de la cama, usar el teléfono, tomar medicinas o manejar dinero? Sí No

En caso afirmativo, ¿está usted conciente de que su habilidad para realizar estas actividades en los últimos 12 meses ha mejorado, permanecido igual o se ha deteriorado?

Detalle:

b) ¿Necesita algún aparato o dispositivo auxiliar para moverse: silla de ruedas, andador (burrito) o bastón? Sí No

Si declara que tiene pensión debe adjuntar el dictamen o resolución de invalidez con las Patologías invalidantes.

Tomo conocimiento, entiendo y acepto expresamente, en mi nombre y de mis dependientes propuestos, que las enfermedades y/o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas, conocidas con anterioridad a la firma del contrato o en proceso de diagnóstico) o la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas debidamente declaradas anteriormente, serán materia de exclusiones de cobertura y en consecuencia Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. no es ni será nunca responsable del pago de beneficio o indemnización alguna ante un siniestro.

Declaro expresamente que los datos entregados en el presente documento son exactos y fidedignos, y acepto que constituyan elementos indispensables para la apreciación del riesgo, y que una omisión de respuesta o declaración falsa, errónea, o reticencia de entregar antecedentes, puede implicar el rechazo del siniestro o la nulidad de la cobertura de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 524 N° 1, 525 y 539 del Código de Comercio. Autorizo a la compañía, conforme lo dispone la Ley N° 19.628 "Protección de datos de carácter personal", para que haga uso de los datos informados por mí en este documento o en otros relacionados con este seguro, inclusive cuando estos califiquen como sensibles, con la finalidad de hacer efectivo los beneficios del seguro o sea necesario comunicarlos a cualquier autoridad nacional o extranjera.

Además, autorizo a cualquier institución, médico o persona que nos haya examinado y/o atendido a mí y/o a mis dependientes propuestos, a entregar información completa a la compañía, liberando a los médicos, clínicas y hospitales, de la obligación de reserva de información sobre antecedentes de salud, otorgando acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorio y/o servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el artículo N° 127 del código sanitario.

Estoy en conocimiento de que esta solicitud de incorporación no otorga cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

- Esta declaración personal de salud tiene una validez de 30 días desde su fecha de emisión.

Fecha de declaración

____ / ____ / ____
Día Mes Año

Firma Asegurable