

N° DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_

N° PROPUESTA: \_\_\_\_\_

N° PÓLIZA: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIÓN IMPORTANTE:** Responda este formulario de PUÑO Y LETRA. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza. Si tiene ligeros padecimientos, que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Si tiene alguno de cierta importancia, puede asimismo, beneficiarse del seguro, mediante contratación especial; si padece alguna enfermedad, manifiéstela sin temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que un litigio posterior por falsa declaración. En todo caso, un contrato basado en declaraciones auténticas nunca será discutido por la Compañía, que supo al origen el riesgo que aceptaba.

1 NOMBRE DEL ASEGURABLE/PROPONENTE: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años SEXO:  M  F FECHA DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 a) Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ b) Rubro de la Empresa \_\_\_\_\_  
 Marque en el caso que el rubro de su empresa sea:  CONSTRUCCIÓN  MINERÍA  FORESTAL  FFAA Y DE ORDEN  
**SI CORRESPONDE, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO**  ELÉCTRICO  AÉREO  PESQUERO  TRANSPORTE  
 c) Detalle la labor específica que desarrolla: \_\_\_\_\_  
 d) ¿Ha tenido alguna vez que cambiar o suspender su actividad laboral por motivos de salud? \_\_\_\_\_  
 e) ¿Realiza habitualmente alguna actividad paralela? Especifique \_\_\_\_\_

3 a) ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante piloto o pasajero de línea no regular?  SÍ  NO a) \_\_\_\_\_  
 b) ¿Practica Ud. alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carreras de Velocidad (Auto - Moto), Bungee (Salto Elástico)?  SÍ  NO b) \_\_\_\_\_  
 c) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? - Indique frecuencias  SÍ  NO c) \_\_\_\_\_  
 d) ¿Participa en competencias?  SÍ  NO d) \_\_\_\_\_  
 e) ¿Utiliza o utilizará moto?  SÍ  NO e) Cilindrada: \_\_\_\_\_  
 Finalidad: Recreativa  Transporte  Competencia/Deportiva (\*)  **(\*) POR FAVOR, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO**  
 Modalidad: Conductor  Pasajero

4 a) ¿Tiene algún Seguro de Vida vigente? Indique en qué compañía y monto asegurado.  SÍ  NO a) \_\_\_\_\_  
 b) ¿Tiene pendiente de aceptación alguna solicitud de Seguro de Vida en esta u otra compañía?  SÍ  NO b) \_\_\_\_\_  
 c) ¿Ha sido Ud. rechazado alguna vez para un Seguro de vida o en alguna renovación o rehabilitación del mismo?  SÍ  NO c) \_\_\_\_\_  
 d) ¿Se han aplicado recargo en las primas? En caso afirmativo informe detalladamente  SÍ  NO d) \_\_\_\_\_

5 ¿Cuál es el parentesco o el interés asegurable que lo une con el (o los) beneficiario(s) que ha designado en la solicitud de seguro?  SÍ  NO

6 a) HISTORIA FAMILIAR	VIVOS			FALLECIDOS	
	EDAD	ESTADO DE SALUD	A LA EDAD DE	CAUSA DE LA MUERTE	
Padre					
Madre					
Hermanos					

b) ¿Alguno de sus padres o hermanos ha tenido o tiene alguna enfermedad vascular, aparato circulatorio, al corazón, trastornos mentales, diabetes o cáncer (si corresponde a estas dos últimas, indique tipo)?  SÍ  NO  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ Enfermedad \_\_\_\_\_  
 ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Edad Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ Enfermedad \_\_\_\_\_  
 ¿Tipo? \_\_\_\_\_ Edad Diagnóstico \_\_\_\_\_

**CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DEBE ACOMPAÑARSE DE UNA COMPLETA INFORMACIÓN AL RESPETO**

7 a) Favor consignar detalladamente las siguientes medidas.  SÍ  NO **ESTATURA** \_\_\_\_\_ mts. **PESO** \_\_\_\_\_ Kgs.  
 b) ¿Ha tenido variación de más de 5 Kg. de peso en los últimos meses?  SÍ  NO Alza: \_\_\_\_\_ Kgs. Causa: \_\_\_\_\_  
 Baja: \_\_\_\_\_ Kgs. Causa: \_\_\_\_\_

8 a) Su presión arterial es: Alta  Normal  Baja  Nunca ha sido controlado   
 b) ¿Es usted Hipertenso?  SÍ (complete el siguiente cuadro)  NO  
 FECHA DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_  
 TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ ÚLTIMO CONTROL: \_\_\_\_\_  
 OTROS ANTECEDENTES: \_\_\_\_\_ INDIQUE VALORES (ej. 160/100): \_\_\_\_\_

9 a) Fecha en que se realizó el último examen o control médico a) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año)  
 b) Nombre del médico b) \_\_\_\_\_  
 c) Especialidad c) \_\_\_\_\_  
 d) Motivo de la consulta (chequeo, enfermedad, otro) d) \_\_\_\_\_  
 e) Diagnóstico médico e) \_\_\_\_\_

10 a) ¿Ha sido hospitalizado?  SÍ  NO a) \_\_\_\_\_  
 b) ¿Ha sufrido algún accidente que haya requerido ser tratado por médico?  SÍ  NO b) \_\_\_\_\_  
 c) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica?  SÍ  NO c) \_\_\_\_\_  
 d) ¿Ha recibido transfusiones?  SÍ  NO d) \_\_\_\_\_  
 e) ¿Tiene hospitalización pendiente, o indicación de tratamiento médico o quirúrgico aun no programado?  SÍ  NO e) \_\_\_\_\_  
 f) ¿Está Ud. actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo?  SÍ  NO f) \_\_\_\_\_

11 ¿Ha recibido Ud. alguna vez indemnización o pensión por enfermedad o impedimento de cualquier tipo o una licencia médica por un período superior a 2 meses o licencias reiteradas por el mismo diagnóstico?  SÍ  NO Fecha: \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_

12 ¿En los últimos 5 años se ha practicado algún examen? SÍ  NO   
 Cuáles: Sangre  Orina  Biopsias  Electrocardiograma o exámenes al corazón  Imágenes (radiografías, ecografías, scanner, resonancia nuclear, otros).  
 Otros  \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESULTADOS: \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

Le rogamos la mayor precisión en los antecedentes que Ud. nos entregue. La información incompleta o parcial impedirá la rápida emisión de su póliza. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borradores, correcciones ni uso de líquidos de borrar.

ABASCNS129

FSUV045-210415

13

a) ¿Ingiere Ud. vino, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Indique consumo y frecuencia.

b) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique.

c) ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, LSD, marihuana u otro narcótico? ¿Por qué causa, en qué cantidad y durante cuánto tiempo?

d) ¿Usa Ud. o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por qué causa, en qué cantidad?

e) ¿Fuma?  sí      ¿Cuánto fuma diariamente?: \_\_\_\_\_  
 NO, nunca he fumado  
 NO, dejé de fumar hace: \_\_\_\_\_      ¿Cuánto fumaba diariamente?: \_\_\_\_\_

SÍ NO  
  a) \_\_\_\_\_  
  b) \_\_\_\_\_  
  c) \_\_\_\_\_  
  d) \_\_\_\_\_

14

¿Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir o se encuentre en estudio por alguna de las siguientes enfermedades:

a) Vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o **sistema nervioso**.

b) Asma, enfisema, fiebre alta, pleuresía, pulmonía, desgarró con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o **tos crónica o cualquier enfermedad del sistema respiratorio**.

c) Fiebre reumática, presión alta, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones o cualquier otra enfermedad al corazón o **sistema circulatorio**.

d) Úlcera del estómago o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangramiento rectal o anal, o cualquier otra enfermedad al esófago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo.

e) Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias. Presencia de proteína albúmina, azúcar o sangre en la orina.

f) Gota, artritis, reumatismo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades.

g) Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias persistentes, o cualquier otra **enfermedad de la sangre**.

h) Resistencia a la insulina, alteración de glucosa o azúcar elevada en la sangre, enfermedad de la glándula de la tiroides o alguna enfermedad de la glándula endocrina.

i) ¿Es diabético? Dar detalles:  
Fecha de Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha ultimo control: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Hemoglobina glicosilada: \_\_\_% Presión arterial: \_\_\_/\_\_\_  
(Si no conoce los valores de sus exámenes, aportar Cuestionario de Diabetes, completado por su médico tratante).

j) ¿Tiene los colesterolos o los triglicéridos altos? Detalle Fecha de Diagnóstico y valores de: Triglicéridos \_\_\_\_\_  
Colesterol total \_\_\_\_\_; HDL \_\_\_\_\_; LDL \_\_\_\_\_ (mg/dl);  
(si no conoce los valores de sus exámenes, aportar Cuestionario de dislipidemia, completado por su médico tratante).

k) Cáncer, quistes, tumores, sífilis, alteraciones y/o lesiones de la piel de cualquier naturaleza.

l) Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo.

m) Enfermedad de los oídos, nariz o garganta.

n) Miopía, miopía severa, astigmatismo, o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SÍ NO  
  a) \_\_\_\_\_  
  b) \_\_\_\_\_  
  c) \_\_\_\_\_  
  d) \_\_\_\_\_  
  e) \_\_\_\_\_  
  f) \_\_\_\_\_  
  g) \_\_\_\_\_  
  h) \_\_\_\_\_  
  i) \_\_\_\_\_  
  j) \_\_\_\_\_  
  k) \_\_\_\_\_  
  l) \_\_\_\_\_  
  m) \_\_\_\_\_  
  n) \_\_\_\_\_

**DETALLE: DIAGNÓSTICO - NOMBRE MÉDICO - FECHAS DE DIAGNÓSTICO (día/mes/año), DE TRATAMIENTO, DE ALTA**

Detalle: \_\_\_\_\_

15

a) ¿Se ha realizado el test diagnóstico del VIH, hepatitis B, C, o enfermedades de transmisión sexual como sífilis?

b) ¿Es portador del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) o del Virus de la hepatitis B,C?

c) ¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarreas crónicas, baja de peso, tumores de la piel, etc.) o condiciones relacionadas al SIDA?

SÍ NO  
  a) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
  b) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
  c) ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
  c) ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

16

a) ¿Tiene Ud. alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?

b) ¿Tiene conocimientos de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?

SÍ NO  
  a) \_\_\_\_\_  
  b) \_\_\_\_\_

17

**PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES**

a) ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer actualmente quistes, tumores o enfermedades en mamas, en genitales, menstruación irregular, miomas, endometriosis, abortos, cesáreas o complicaciones en embarazos o partos?

b) ¿Se ha practicado examen de Papanicolaou?

c) ¿Está Ud. embarazada actualmente?

d) ¿Su embarazo actual o anteriores ha(n) evolucionado sin problemas?

SÍ NO  
  a) ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
  b) Resultado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
  c) ¿De cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
  e) Detalle \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, conforme lo dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u ocasión de la presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra institución de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del artículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determinar la presencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como cualquier otro examen que la Compañía requiera; y a ser informada directamente del resultado de todos los exámenes que se realicen. Finalmente, declaro conocer y aceptar desde ya que en caso de ser aceptada mi propuesta de seguro por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., esta declaración formará parte integrante de mi contrato de seguro para todos los efectos legales.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**FIRMA ASEGURABLE/PROPONENTE**

Firma Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DICTAMEN (uso exclusivo suscripción)  
Coberturas y Riesgos:  
Clase \_\_\_\_\_