

DECLARACIÓN DE SALUD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



N° Póliza

N° DPS

I. ANTECEDENTES ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
R.U.T. <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo		Teléfono Comercial		Teléfono Particular	
Celular		Correo Electrónico			
Dirección Particular		Número / Depto. N°		Comuna	Ciudad
Dirección Comercial		Número / Depto. N°		Comuna	Ciudad
Ocupación / Actividad			Giro Empresa		
Lugar físico donde trabaja (Laboratorios, oficina, mina, campo, etc.)					

II. SOLO PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN

Nombre Institución Crediticia		Refinanciamiento		
Monto del Crédito (UF)		Plazo Original	Moneda del Crédito	
Tipo de Amortización <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Otro		
Tipo de Crédito <input type="checkbox"/> Hipotecario <input type="checkbox"/> Consumo		Otro		
Distribución del Crédito		% Deudor	% Codeudor	% Aval

III. DECLARACIÓN DE SALUD (Esta declaración debe ser llenada de puño y letra del asegurado para que sea válida)

A) ¿Ha padecido, padece, está en estudio, tratamiento y/o tiene cirugía pendiente por alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, enfermedad del sistema urinario, cardiovasculares, oftalmológicos, cerebrovasculares, respiratorias, gastrointestinales, neurológicas, psicológicas o psiquiátricas, osteomusculares, hematológicas, hipertensión arterial o presión alta, ginecológicas, infertilidad o esterilidad, cáncer, hepatitis C, cálculo urinario, cálculo a la vesícula, adicción a drogas y/o alcoholismo, infección por virus HIV o sida, y/o malformación congénita? SI NO

B) ¿Tiene conocimiento de padecer, haber padecido o estar en estudio de alguna enfermedad o lesión que no se haya aludido en la pregunta a)? SI NO

C) ¿Tiene alguna anomalía o alteración funcional de algún miembro u órgano? SI NO

D) ¿Ha estado o está sometido a terapia o tomando medicamento de cualquier tipo? SI NO

E) Peso kgs. Estatura mts.

F) Fuma SI NO Si su respuesta es SI, especifique Cigarrillos Pipa Puros Cantidad por día

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas de la letra a) a la letra d), debe especificar

Letra	Diagnóstico Enfermedad / Cirugía	Fecha Diagnóstico		Tratamiento Actual		Fecha último episodio o crisis		Fecha Cirugía(s)		Secuelas		Nombre Médico u Hospital
		Mes	Año	SI	NO	Mes	Año	Mes	Año	SI	NO	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IV. DEPORTES Y HOBBIES

¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?	¿Cómo? <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado
¿Practica alguna actividad o deporte riesgoso como bombero, integrante de Equipo de Socorro, Salvavidas, Patrulla de Ski, Paracaidismo, Andinismo, montañismo, Alas Delta, Buceo, Carrera de Velocidad, Benjie, etc.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar	
¿Tiene algún Hobby? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?	
¿Utiliza Moto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cómo? <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Deporte	Cilindrada
¿Hace uso de la Aviación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cómo? <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ambos	Tipo de Avión <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Línea de regular
Frecuencia de vuelo <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal	Otro	

V. OBSERVACIONES

¿Tiene algún antecedente que a su saber y/o entender afecta su declaración anterior? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL ASEGURABLE

Declaro bajo juramento o promesa la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de Seguros de Vida SURAMERICANA S.A., en adelante e indistintamente la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte faculta a esta última para poner término anticipado del contrato a que accede esta declaración y la libera 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 expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro, y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica, tales como antecedentes clínicos, informes médicos, y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la compañía, cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N°19.628. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información que le sea entregada por este concepto y destinarla exclusivamente a su uso interno y para los fines propios del seguro, todo ello según lo dispone la ley y las Condiciones Generales de la Póliza.

Del mismo modo declaro estar en conocimiento de la disposición del artículo 538 del Código de Comercio, en virtud de la cual me obligo declarar a la Compañía cualquier variación que se produzca en relación con la declaración contenidas en el presente documento y que impliquen una extensión o agravación del riesgo, declaración que deberá hacer dentro de los 5 días hábiles posteriores a aquél que se produjo tal variación.

Esta declaración no otorga cobertura hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la Compañía.

Esta declaración personal de salud tiene una validez de 90 días desde su fecha de emisión.

AUTORIZACIÓN TELESUSCRIPCIÓN

El otorgamiento de la cobertura requerirá como condición, para los efectos de la contratación del seguro, una declaración detallada de su estado de salud. Para lo anterior, el solicitante del seguro acepta desde ya que su declaración de salud será dictada telefónicamente por él a un especialista de la empresa externa, en adelante, el suscriptor, quien, debidamente identificado, bajo reserva y en conversación grabada, le formulará y explicará las preguntas, recibirá sus respuestas, las transcribirá al formulario respectivo y las suscribirá por mandato del solicitante del seguro, el que se entiende conferido desde ya, con la sola firma de la presente autorización.

El solicitante del seguro autoriza expresamente a Seguros de Vida SURAMERICANA S.A., o a quien ésta designe, a efectuar el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles, con el fin de poder acceder a la suscripción del contrato de seguro.

Horario de contacto 09:00 a 14:00 hrs 14:00 a 19:00 hrs Indiferente

Fecha

Firma Asegurado Titular

Fecha

Firma Asegurable Titular

ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	V°B°	Rating
dd mm aa		