

## DECLARACION PERSONAL DE SALUD SEGURO DE VIDA COLECTIVO

La presente declaración debe ser llenada de puño y letra del asegurable

Contratante:	Póliza N°:	
Nombre del Asegurable:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	R.U.T:
Capital Asegurado:		

1. a) Detalle actividad específica que desarrolla:  
\_\_\_\_\_

b) Describa lugar físico de desempeño (oficina, mina, campo, mar, etc.):  
\_\_\_\_\_

2. a) ¿Practica algún deporte o actividad riesgosa? Indique cuál y su frecuencia:  
\_\_\_\_\_

b) ¿Utiliza moto?:  No  Sí Cilindrada \_\_\_\_\_ cc.

Finalidad:  Recreativa  Transporte

Frecuencia:  Habitual  Ocasional

3. a) ¿Es usted piloto civil, comercial o estudiante de piloto?:  Sí  No

b) ¿Es pasajero de líneas aéreas no regulares?:  Sí  No

4. Sírvase indicar: Peso: \_\_\_\_\_ kg. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

¿Ha tenido variaciones de más de 5 kgs. de peso en el último año?:  Sí  No

Indique causa probable: Alza: \_\_\_\_\_ Baja: \_\_\_\_\_

5. Presión arterial:  Alta  Normal  Baja

¿Fuma usted?:  No  Sí Consumo diario: \_\_\_\_\_

¿Dejó de fumar?:  No  Sí ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Cuánto fumaba diariamente?: \_\_\_\_\_

6. a) ¿Ingiera bebidas alcohólicas?:  No  Sí

Indique clase y consumo diario: \_\_\_\_\_

b) ¿Ha recibido o está en tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción?:  
 No  Sí

Especifique: \_\_\_\_\_

7. En caso de haber padecido o padecer alguna de las enfermedades mencionadas, favor indicar: diagnóstico, fecha, tratamiento, fecha de alta, secuelas, nombre y especialidad del médico tratante.

	SI	NO	
a) ¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>
b) ¿Cáncer o tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Enfermedades mentales o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿Enfermedades broncopulmonares o del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) ¿Enfermedades del corazón, presión alta o del sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿Enfermedades del hígado, vías biliares, vesícula, estómago, intestinos o páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) ¿Enfermedades renales o vías urinarias, vejiga, próstata u órganos de la reproducción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) ¿Enfermedades de las glándulas endocrinas, bocio, colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) ¿Enfermedades a los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) ¿Alguna deformación física o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) ¿SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) ¿Cualquier enfermedad que no se haya aludido directamente en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Confirmando 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 los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a la Compañía del pago del seguro. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona 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.

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 30 DÍAS DESDE SU FECHA DE EMISIÓN.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurable

USO DE LA COMPAÑÍA:



**EuroAmerica**  
mundo financiero

