

DECLARACION PERSONAL DE SALUD SEGURO DE DESGRAVAMEN

(Debe ser llenada de puño y letra del Solicitante, sin enmendar)

Antecedentes del Solicitante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Particular		N°	Depto.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comuna	Ciudad	Teléfono	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Edad
			<input type="text"/>

Peso	Estatura	Fuma	Bebe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cantidad <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cantidad <input type="text"/>

¿TIENE O HA TENIDO? (Conteste SI o NO cuando corresponda)

Tumor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infarto cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otras Enfermedades
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otras enf. del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ulceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión Baja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES FUE AFIRMATIVA, INDIQUE

Fecha de Diagnóstico	Tratamiento indicado	Pronóstico o Evolución
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL CREDITO

Monto Crédito UF (Capital Asegurado)	Plazo Crédito (Años)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (Debe leerlo antes de firmar)

Declaro estar dispuesto a pasar pruebas médicas exigidas por la compañía, además libero del secreto profesional a médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o examinado y puedan proporcionar a la Compañía los datos que requiera. Declaro, además, haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada.

Fecha de Declaración

Firma del Asegurable

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Evaluación de Riesgo