

Declaración Personal de Salud Seguro de Vida Colectivo



EuroAmerica
mundo financiero

Esta declaración debe ser llenada de puño y letra por el Asegurable

Datos Asegurable Titular

Contratante			Póliza N°	
Nombre del Asegurable				
Fecha de Nacimiento		Edad	R.U.T.	
Día	Mes	Año	años	—
Capital Asegurado				

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?				
Finalidad:		☐ NO	☐ SI	Cilindrada: _____ cc
Frecuencia:		☐ Recreativa	☐ Transporte	
		☐ Habitual	☐ Ocasional	
3	a) ¿Es usted piloto civil, comercial o estudiante de piloto?:			
		☐ SI	☐ NO	
b) ¿Es pasajero de líneas aéreas no regulares?:				
		☐ SI	☐ NO	
4	a) Sírvase indicar:			
Peso: _____ kg.		Estatura: _____ cms.		
¿Ha tenido variaciones de más de 5 kgs. de peso en último año?		☐ SI	☐ NO	
Indique causa probable:		Alza: _____	Baja: _____	
5	a) Presión arterial			
		☐ Alta	☐ Normal	☐ Baja
¿Fuma usted?:		☐ No	☐ SI	Consumo diario: _____
¿Dejó de fumar?:		☐ No	☐ SI	¿Cuándo?: _____
¿Cuánto fumaba diariamente?: _____				
6	a) ¿Ingiera bebidas alcohólicas?:			
		☐ NO	☐ SI	
Indique clase y consumo diario: _____				
b) ¿Ha recibido o está en tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción?:				
		☐ NO	☐ SI	
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?	☐	☐	_____
b) ¿Cáncer o tumores?	☐	☐	_____
c) ¿Enfermedades mentales o del sistema nervioso?	☐	☐	_____
d) ¿Enfermedades broncopulmonares o del sistema respiratorio?	☐	☐	_____
e) ¿Enfermedades del corazón, presión alta o del sistema circulatorio?	☐	☐	_____
f) ¿Enfermedades del hígado, vías biliares, vesícula, estómago, intestinos o páncreas?	☐	☐	_____
g) ¿Enfermedades renales o vías urinarias, vejiga, próstata u órganos de la reproducción?	☐	☐	_____
h) ¿Enfermedades de las glándulas endocrinas, bocio, colesterol elevado?	☐	☐	_____
i) ¿Enfermedades a los ojos, oídos, nariz o garganta?	☐	☐	_____
j) ¿Alguna deformación física o amputación?	☐	☐	_____
k) ¿SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?	☐	☐	_____
l) ¿Cualquier enfermedad que no se haya aludido directamente en este cuestionario?	☐	☐	_____

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 tornado conocimiento al prestarme sus servicios.

ESTA DECLARACION NO OTORGA COBERTURA HASTA HABER SIDO EVALUADA Y ACEPTADA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

ESTA DECLARACION PERSONAL DE SALUD TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS DESDE SU FECHA DE EMISIÓN.

USO DE LA COMPAÑÍA:

Nombre, Firma y Huella Asegurable

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año