

El siguiente cuestionario debe ser leído, aceptado y firmado en su totalidad por el Asegurable. Para los hijos menores de 18 años, el Asegurable Principal será quien deberá firmar la presente declaración.

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Dirección Particular	Comuna	Ciudad	Teléfono Particular
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	
Tipo de Trabajador ☐ Dependiente ☐ Independiente		Nombre del Empleador	

Verifique que las respuestas correspondan a lo declarado por usted:

1. ¿Cuál es su ocupación o actividad?: _____	
a) Si ☐ No ☐ ¿Trabaja usted fuera del país? ¿En qué país? _____	
2. ¿Cuál es su relación con el contratante?: _____	
3. Cuál es su estatura en centímetros?: _____ centímetros	
4. ¿Cuál es su peso en kilogramos?: _____ kilogramos	
5. Si ☐ No ☐ ¿Le ha sido rechazada, pospuesta o aceptada con recargo alguna solicitud de seguro de vida, salud o accidente, en ésta u otra compañía de seguros?	
6. ¿Ha sido diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?: a) Si ☐ No ☐ ¿Alguna enfermedad del aparato cardiovascular o enfermedad coronaria? b) Si ☐ No ☐ ¿Alguna enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio? c) Si ☐ No ☐ ¿Alguna enfermedad de la columna, articulaciones o músculo-esquelético? d) Si ☐ No ☐ ¿Alguna enfermedad gastrointestinal, hepática o del páncreas? e) Si ☐ No ☐ ¿Insuficiencia Renal o alguna enfermedad del aparato genitourinario? f) Si ☐ No ☐ ¿Alguna enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico, o se ha sometido a una neurocirugía? g) Si ☐ No ☐ ¿Hipertensión arterial o presión alta? h) Si ☐ No ☐ ¿Diabetes, glicemia elevada u otra enfermedad endocrina? i) Si ☐ No ☐ ¿Cáncer o cualquier tipo de tumor (incluye leucemia)? j) Si ☐ No ☐ ¿Enfermedades o trastornos mentales? k) Si ☐ No ☐ ¿Enfermedades de los órganos de los sentidos (ojos, oídos, boca)?	
7. Si ☐ No ☐ ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución para observación, estudio, diagnóstico, operación o tratamiento?	
8. Si ☐ No ☐ ¿Ha padecido o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad Venérea, Hepatitis, SIDA y/o HIV positivo?	
9. Si ☐ No ☐ ¿Ha recibido alguna vez tratamiento basado en hemoderivados o alguna transfusión de sangre?	
10. Si ☐ No ☐ ¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes?	
11. Si ☐ No ☐ ¿Ha sido tratado por alcoholismo o consumo de drogas?	
12. Si ☐ No ☐ ¿Tiene alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?	
13. Si ☐ No ☐ ¿Usted fuma o fumaba? ¿Cuantos cigarrillos diarios?	
14. Si ☐ No ☐ ¿Consume bebidas alcohólicas? Indicar consumo semanal	

En caso que usted haya padecido, le haya sido diagnosticada o esté en conocimiento de padecer o de haber padecido alguna de las enfermedades o situaciones enunciadas u otras no indicadas, deberá especificarla a continuación:

Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes

Si requiere más espacio solicite otro formulario de Declaración Personal de Salud.

Preguntas para asegurables del sexo femenino

15. Si ☐ No ☐ ¿Esta usted embarazada?
16. Si ☐ No ☐ ¿Ha tenido enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales externos?

Preguntas de Deportes y Actividades

17. Si ☐ No ☐ ¿Es usted Bombero?
18. Si ☐ No ☐ ¿Es usted miembro activo de las FFAA?
19. Si ☐ No ☐ ¿Practica algún deporte o hobby? ¿Cuál?

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus respuestas señaladas, la que he entendido y contestado en forma completa, veraz y sincera. Asimismo, entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y que es esencial para la validez del mismo.
Comprendo y concuerdo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia en cuanto a las respuestas que he indicado, puede implica la rescisión del contrato de seguro o el rechazo del pago de la indemnización. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud de cualquier asegurable indicado en esta Declaración Personal de Salud, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a esta última para que solicite y retire copias de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

Firma del Asegurable

Fecha

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores y cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a ésta y/o puesto voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio (s) que pudieren estar asociados al seguro contratado o para efectos de almacenamiento de la información.

Firma del Asegurable

Fecha