

Declaración de Salud y Actividades del Propuesto Asegurado

Por la presente, yo _____, RUN _____, con fecha de nacimiento el ___ de _____ de _____, declaro estar en conocimiento que, de acuerdo a la normativa legal vigente, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía de seguros y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura.

Por tanto, declaro y afirmo que;

- a) hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de padecer o tener Diabetes; Enfermedades al Riñón; Enfermedades Cardíacas; Hipertensión Arterial; Enfermedades Coronarias o Soplos Cardíacos; Arritmias; Sobrepeso u Obesidad; Enfermedades al Pulmón; Cáncer de cualquier tipo o Tumores; Hepatitis (excepto Hepatitis A); Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa; Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma o Anemia (excepto por falta de hierro); Desórdenes Nerviosos o Mentales de cualquier tipo; VIH Positivo / SIDA, Síndrome de Down; Enfermedades Neurológicas tales como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia, Enfermedad de Alzheimer; o cualquier otra enfermedad, anormalidad, defecto o lesión que pueda afectar el riesgo que solicito asumir por este acto a la compañía de seguros;
- b) no estoy siendo sometido a algún tratamiento médico ni he tenido recomendación médica de tratamiento por Enfermedades Crónicas y/u Oncológicas en los últimos 5 años, ya sean ambulatorias u hospitalarias;
- c) no he sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años;
- d) no he sido evaluado alguna vez por invalidez en algún organismo Previsional o Legal, ni estoy recibiendo ni he recibido alguna vez, una pensión o indemnización por Invalidez.

En caso que alguna de las declaraciones anteriores no fueran ciertas, declaro sinceramente lo siguiente:

1. Antecedentes adicionales sobre mi salud

- 1.1 Peso: _____ kgs. Estatura: _____ cms.
- 1.2 ¿Le ha sido diagnosticada Presión Alta? NO SI
- 1.3 ¿FUMA?: NO SI Cantidad de Cigarrillos diarios: _____
- 1.4 ¿Consume drogas?: NO SI Tipo y cantidad _____

2. Antecedentes Médicos Familiares

- 2.1 ¿Padre Vivo? SI NO Edad al fallecer: _____ Causa _____
(cáncer – enfermedad cardiovascular – otros)
- 2.2 ¿Madre Viva? SI NO Edad al fallecer: _____ Causa _____
(cáncer – enfermedad cardiovascular – otros)

3. En caso de mujeres,

- 3.1 ¿Está embarazada?: NO SI En caso de estar embarazada, debe presentar a la compañía un certificado de Embarazo emitido por su médico tratante

Asimismo, declaro conocer que se encuentra **EXCLUIDO DE COBERTURA** la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto, moto o lancha, Jeep Fun Race, Rally, Motocross, deportes ecuestres, entre otros.

Marque la categoría que mejor describe su actividad habitual.

- 1.- Trabajo de oficina.
- 2.- Trabajo con desplazamiento.
- 3.- Trabajo de Montaje, en Terreno o en Obra, o con Explosivos
- 4.- Otros. _____
- 5.- En caso de practicar algún deporte riesgoso, favor detallar _____

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por alguna de las enfermedades indicadas en esta solicitud, si son preexistentes, así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no otorga cobertura y por tanto, no estará obligada a pagarlo. Igual cosa sucederá si el siniestro se produce como consecuencia de participar o realizar actividades o deportes riesgosos, los cuales no tienen cobertura.

No obstante lo anterior, la Compañía podrá, bajo estipulación expresa, cubrir total o parcialmente las exclusiones señaladas precedentemente, si el proponente así lo solicitara, para lo cual deberá marcar la siguiente solicitud:

SOLICITO LA COBERTURA POR ENFERMEDADES y/o ACTIVIDADES y/o DEPORTES EXCLUIDOS

En caso de solicitarse cobertura, el seguro operará sólo cuando la compañía le entregue las condiciones de aceptación al proponente, éste las acepte mediante su firma en el formulario que se pondrá a su disposición y se emita la correspondiente póliza de seguro de vida con los a.

CAPITAL Asegurado _____ UF Pesos Plazo del Seguro: _____ años meses

Si es un seguro de desgravamen, Tasa del crédito: _____% anual mensual

Firma Proponente Asegurado

Fecha de la declaración



Seguros

AUTORIZACIÓN

Conforme a lo señalado en el artículo 61 del DFL N° 251 de 1931 sobre Actividad Aseguradora, autorizo a la compañía HDI Seguros de Vida S.A. para requerir antecedentes adicionales sobre mi estado de salud y autorizo a Instituciones Hospitalarias, Laboratorios, Médicos y demás personas que me hayan asistido o examinado, a proporcionar a solicitud de la Compañía, todos los datos o antecedentes clínicos que tengan o hayan conocido con motivo de haberme prestado atención o servicios de salud. Lo anterior, con el objeto que la Aseguradora pueda evaluar esta solicitud de seguro o la procedencia del pago de un siniestro, y en cualquier momento que la Compañía lo considere necesario. Para tal efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información que se les solicite. Asimismo, conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la compañía aseguradora o a quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. De la misma forma, consiento expresamente para que la Compañía Aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía de Seguros en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la Aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines.

Nombre Proponente Asegurado

Cédula de Identidad

Firma Proponente Asegurado

Fecha de la Autorización