



EuroAmerica
mundo financiero

Declaración Personal de Salud Simple

Estas preguntas deben ser contestadas de **PUÑO** y **LETRA** por el Asegurable Titular.

DATOS PERSONALES		
NOMBRE CONTRANTE		
NOMBRE ASEGURABLE		RUT
FECHA NACIMIENTO	DETALLE DE ACTIVIDAD	
CAPITAL ASEGURADO	PLAZO DE LA DEUDA	TELÉFONO

ANTECEDENTES PARA LA EVALUACIÓN		
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE, HOBBY O ACTIVIDAD RIESGOSA?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INDICAR CÚAL Y FRECUENCIA		
¿ES UD. PILOTO CIVIL O ESTUDIANTE DE PILOTO?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
PESO	ESTATURA	
	KG	CMS

Declaro estar en buenas condiciones de salud y que no padezco ni he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: DIABETES, CANCER, TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA, TRASTORNOS MENTALES O DEL SISTEMA NERVIOSO, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y/O HIPERTENSION, BRONCOPULMONARES, GENITOURINARIAS, RENALES, GASTROINTESTINALES, DE TRANSMISION SEXUAL (VENEREA O SIDA) O DE CUALQUIERA OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA.

SI NO

Si su respuesta es SI sírvase indicar: Fecha, diagnóstico, tratamiento, fecha de alta, nombre del médico y especialidad:

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

Expreso la exactitud y sinceridad de las declaraciones expresadas, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos esenciales para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que cualquier declaración falsa o reticencia de mi parte faculta a la Compañía para excluir de cobertura, poner término anticipado al contrato y la libera del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo, consiento expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física y psíquica, tales como recetas médicas, fichas clínicas, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía cuando ésta así lo solicite, conforme al artículo 61 del DFL N° 251 de 1931, y conforme al artículo 127 del Código Sanitario. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por otra parte la Compañía se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto a la información recibida.

Esta declaración personal de salud tiene una validez de 30 días desde su fecha de emisión.

Nombre, firma y huella

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año