

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

1. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE Y CREDITO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
<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"/>	ESTADO CIVIL		PROFESION/ACTIVIDAD	
RUT		FECHA NACIMIENTO			
DIRECCION	CALLE	N°	COMUNA	PROVINCIA	
TELEFONO PARTICULAR		TELEFONO COMERCIAL		CELULAR	
TIPO DE CREDITO		MONEDA (UF / \$)	MONTO	PLAZO EN MESES	

2. DECLARACION PERSONAL DE SALUD COMPLETA (Debe ser leída, aceptada y firmada en su totalidad por el Asegurable)

A) ¿CUAL ES SU PESO? KGS. <input type="text"/> ESTATURA <input type="text"/> CMS.		
B) ¿PRESENTA SEÑALES, INDICIOS O SINTOMAS QUE HAGAN NECESARIO UN DIAGNOSTICO MEDICO DE PADECIMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD? O ¿ESTA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO U OBSERVACION MEDICA, TOMANDO MEDICAMENTO, DROGAS, PILDORAS O INYECCIONES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
C) ¿HA PADECIDO, O SIDO TRATADO, O HA TENIDO DIAGNOSTICO MEDICO DE PADECER ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CARDIOVASCULARES, HEMATOLOGICAS COMO LEUCEMIA, LINFOMA, ANEMIA (EXCEPTO POR FALTA DE FIERRO), GASTROINTESTINALES, DEL APARATO DIGESTIVO, BRONCOPULMONARES, GENITOURINARIAS Y/O DEL RIÑON, PRESION ALTA O HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD DE LA COLUMNA O ARTICULACIONES, HEPATITIS (EXCEPTO LA A), ENFERMEDAD AL HIGADO, INFARTO AL MIOCARDIO, ENFERMEDAD CORONARIA, CUALQUIER OPERACION AL CORAZON?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
D) ¿HA PADECIDO, O HA SIDO TRATADO, O HA TENIDO DIAGNOSTICO MEDICO DE PADECER ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES, CANCER O CUALQUIER OTRO TUMOR BENIGNO O MALIGNO, SOBREPESO U OBESIDAD, ENFERMEDADES NEUROLOGICAS COMO EPILEPSIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
E) ¿HA PADECIDO, O HA SIDO TRATADO, O HA TENIDO DIAGNOSTICO MEDICO DE PADECER O SER PORTADOR DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL, COMO DIARREAS CRONICAS, BAJA DE PESO, LESIONES O TUMORES EN LA PIEL, ETC.?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
F) ¿HA PADECIDO, O HA SIDO TRATADO, O HA TENIDO DIAGNOSTICO MEDICO DE PADECER ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O NERVIOS PERIFERICOS O HA TENIDO DIAGNOSTICO DE QUE TALES TRATAMIENTOS SEAN NECESARIOS EN SU CASO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
G) ¿HA PADECIDO, O HA SIDO TRATADO, O HA TENIDO DIAGNOSTICO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD CONGENITA O TIENE ALGUNA ANORMALIDAD DE CONSTITUCION, DEFORMACION, AMPUTACION, DEFECTO FISICO O CUALQUIER OTRA CONDICION INVALIDANTE?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
H) ¿ESTA SOMETIDO A ALGUN TRATAMIENTO POR CAUSA DE ALCOHOLISMO, DROGAS, ESTUPEFACIENTES, TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES SIQUIIATRICAS O HA TENIDO DIAGNOSTICO QUE TALES TRATAMIENTOS SEAN NECESARIOS EN SU CASO? O ¿HACE USO HABITUAL O PERMANENTE DE DROGAS O MEDICAMENTOS TALES COMO TRANQUILIZANTES U OTROS SIMILARES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
I) ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ INTERNADO EN ALGUN HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO U OTRA INSTITUCION PARA DIAGNOSTICO, OPERACIONES O TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD COMUN O ACCIDENTE? DETALLE EN CUADRO INFERIOR.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
J) ¿LE HA SIDO RECHAZADO ALGUNA VEZ UN SEGURO DE VIDA O ALGUNA RENOVACION O REHABILITACION DEL MISMO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
K) ¿ESTA UD. EMBARAZADA? N° DE SEMANAS <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
L) ¿ES USTED BOMBERO, MIEMBRO DE LA FFAA, PRACTICA ALGUN DEPORTE O HOBBY O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE SE PUEDA CONSIDERAR PELIGROSA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD O DIAGNOSTICO	FECHAS DIAGNOSTICO	CONDICION ACTUAL DE SALUD
TRATAMIENTOS	OTROS ANTECEDENTES	

Declaro mi entera conformidad a la presente declaración personal de salud, la que he entendido y contestado en forma completa, veraz y sincera, aceptando que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguros y que, por tanto, es esencial para la validez del mismo y solo su cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta sea aceptada por el asegurador y el crédito cursado por la institución financiera. Comprendo y concuerdo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia en cuanto a lo informado, implica la nulidad del contrato de seguros o el no pago de los beneficios asociados a la cobertura. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por BICE Vida Compañía de seguros 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.



NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURABLE

DECISION DE LA COMPAÑIA

 FECHA