

El siguiente cuestionario debe ser leído, aceptado y firmado en su totalidad por el asegurable. En caso que el asegurable sea un menor de edad o un incapaz, la presente declaración debe ser completada y firmada por uno de sus padres o por su representante legal. Tenga presente que son enfermedades preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha de incorporación al seguro.

I. DATOS DEL ASEGURABLE

 Rut Asegurable _____ - Nombre _____
APELIDO PATERNO APELIDO MATERNO NOMBRES

 Dirección Particular _____
DIRECCIÓN COMUNA CIUDAD

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ Email _____

Nombre del Empleador _____

 F. Nacimiento

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 Sexo F M Estado civil _____

 Lugar de trabajo oficina terreno Tipo de trabajador dependiente independiente

 Ingreso bruto mensual en M\$ 300 - 700 701 - 1400 1401 - 1800 1801 y más Ocupación _____

 Relación con el contratante mismo cónyuge padre hijo otro

II. LEA LAS PREGUNTAS Y VERIFIQUE QUE LAS RESPUESTAS CORRESPONDAN A LO DECLARADO POR USTED:

1)	¿Cuál es su contextura? Estatura: _____ (centímetros) Peso: _____ (Kilogramos)
2)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna variación de mas de 5 kgs. de peso en el último año?
3)	¿Ha padecido usted o ha sido diagnosticado de:
a)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad del aparato cardiovascular o enfermedad coronaria?
b)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?
c)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad de la columna, articulaciones o músculo-esquelético?
d)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad gastrointestinal, hepática o del páncreas?
e)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad del aparato genitourinario?
f)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> alguna enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico?
g)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> hipertensión arterial o presión alta?
h)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> diabetes, glicemia elevada u otra enfermedad endocrina?
i)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cáncer o cualquier tipo de tumor (incluye leucemia)?
j)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> enfermedades o trastornos mentales?
k)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> enfermedades de los órganos de los sentidos (ojos, oídos, boca)?
4)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución para observación, estudio, diagnóstico, operación o tratamiento?
5)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha padecido o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad Venérea, Hepatitis, SIDA y/o HIV positivo?
6)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido alguna vez tratamiento basado en hemoderivados o alguna transfusión de sangre?
7)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes?
8)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha sido tratado por alcoholismo o consumo de drogas?
9)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?

ORIGINAL COMPANIA AG0015

10) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Usted fuma o fumaba? ¿Qué cantidad diaria? _____
11) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Consumes bebidas alcohólicas? ¿Qué cantidad semanal? _____
12) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Le ha sido rechazada, propuesta o aceptada con recargo alguna solicitud de seguro de vida, salud o accidente, en esta u otra compañía?
Preguntas para asegurables del sexo femenino:	
13) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está usted embarazada? ¿Cuántas semanas? : _____
14) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales externos?

Si alguna de las preguntas anteriores ha sido respondida en afirmativo (Sí), entonces proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Número de Pregunta	Fecha, enfermedad, diagnóstico y/o tratamientos	Estado actual	Secuelas

Deportes y Actividades	
15) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Realiza usted actividades, tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, bombero, guardia de seguridad, miembro activo de las FFAA, chofer de bus, taxi o ambulancia, moto como medio de transporte, equipo de rescate, buzo, montañista, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, alto voltaje o sustancias tóxicas, con sierras, soldaduras, maquinaria pesada, en altamar, en minas de superficie o bajo tierra u otra actividad similar? Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué actividad practica: _____ _____
16) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Practica alguno de los siguientes deportes o hobby, tales como buceo, inmersión submarina, montañismo, andinismo, carrera de autos, motos, lanchas, parapente, paracaidismos, alas delta, benjie, boxeo, rodeo, carreras de caballos, ciclismo u otro deporte? Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué actividad practica: _____ _____

III.ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD Cónyuge o Pareja e hijos (en adelante "Dependientes")						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kgs.)	Estatura (cms.)

Pregunta para asegurables Dependientes	
17) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguno de sus Dependientes ha padecido o ha sido diagnosticado de alguna enfermedad señalada en las preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,14, 15 y 16?

Si la pregunta anterior ha sido respondida en afirmativo (Sí), entonces proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Nombre del Asegurable	Fecha, enfermedad, diagnóstico y/o tratamientos	Estado actual	Secuelas

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus preguntas y respuestas señaladas desde la 1 a la 17 y que he entendido y he contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y que es esencial para la validez del mismo.

Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he contestado, puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la compañía a rescindir o poner término al contrato, en conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A. para que solicite la práctica de exámenes médicos de cualquier asegurable incluido en esta declaración, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio. 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 incluido en este seguro, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por Colmena Seguros de Vida S.A. También faculto a Colmena Seguros de Vida S.A 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.

Adicionalmente, por este acto, y según lo dispuesto en la ley No19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios o cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información respecto de los asegurables incluidos en este seguro que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información.

Firma del Asegurable

Fecha

DÍA	MES	AÑO

El siguiente cuestionario debe ser leído, aceptado y firmado en su totalidad por el asegurable. En caso que el asegurable sea un menor de edad o un incapaz, la presente declaración debe ser completada y firmada por uno de sus padres o por su representante legal. Tenga presente que son enfermedades preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha de incorporación al seguro.

I. DATOS DEL ASEGURABLE

Rut Asegurable _____ - Nombre _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Dirección Particular _____
DIRECCIÓN COMUNA CIUDAD

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ Email _____

Nombre del Empleador _____

F. Nacimiento

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 Sexo F M Estado civil _____

Lugar de trabajo oficina terreno Tipo de trabajador dependiente independiente

Ingreso bruto mensual en M\$ 300 - 700 701 - 1400 1401 - 1800 1801 y más Ocupación _____

Relación con el contratante mismo cónyuge padre hijo otro

II. LEA LAS PREGUNTAS Y VERIFIQUE QUE LAS RESPUESTAS CORRESPONDAN A LO DECLARADO POR USTED:

1) ¿Cuál es su contextura? Estatura: _____ (centímetros) Peso: _____ (Kilogramos)

2) Sí No ¿Ha tenido alguna variación de mas de 5 kgs. de peso en el último año?

3) ¿Ha padecido usted o ha sido diagnosticado de:

- a) Sí No alguna enfermedad del aparato cardiovascular o enfermedad coronaria?
- b) Sí No alguna enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?
- c) Sí No alguna enfermedad de la columna, articulaciones o músculo-esquelético?
- d) Sí No alguna enfermedad gastrointestinal, hepática o del páncreas?
- e) Sí No alguna enfermedad del aparato genitourinario?
- f) Sí No alguna enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico?
- g) Sí No hipertensión arterial o presión alta?
- h) Sí No diabetes, glicemia elevada u otra enfermedad endocrina?
- i) Sí No cáncer o cualquier tipo de tumor (incluye leucemia)?
- j) Sí No enfermedades o trastornos mentales?
- k) Sí No enfermedades de los órganos de los sentidos (ojos, oídos, boca)?

4) Sí No ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución para observación, estudio, diagnóstico, operación o tratamiento?

5) Sí No ¿Ha padecido o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad Venérea, Hepatitis, SIDA y/o HIV positivo?

6) Sí No ¿Ha recibido alguna vez tratamiento basado en hemoderivados o alguna transfusión de sangre?

7) Sí No ¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes?

8) Sí No ¿Ha sido tratado por alcoholismo o consumo de drogas?

9) Sí No ¿Tiene alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?

10) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Usted fuma o fumaba? ¿Qué cantidad diaria? _____
11) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Qué cantidad semanal? _____
12) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Le ha sido rechazada, propuesta o aceptada con recargo alguna solicitud de seguro de vida, salud o accidente, en esta u otra compañía?
Preguntas para asegurables del sexo femenino:	
13) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está usted embarazada? ¿Cuántas semanas? : _____
14) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales externos?

Si alguna de las preguntas anteriores ha sido respondida en afirmativo (Sí), entonces proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Número de Pregunta	Fecha, enfermedad, diagnóstico y/o tratamientos	Estado actual	Secuelas

Deportes y Actividades	
15) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Realiza usted actividades, tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, bombero, guardia de seguridad, miembro activo de las FFAA, chofer de bus, taxi o ambulancia, moto como medio de transporte, equipo de rescate, buzo, montañista, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, alto voltaje o sustancias tóxicas, con sierras, soldaduras, maquinaria pesada, en altamar, en minas de superficie o bajo tierra u otra actividad similar? Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué actividad practica: _____ _____
16) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Practica alguno de los siguientes deportes o hobby, tales como buceo, inmersión submarina, montañismo, andinismo, carrera de autos, motos, lanchas, parapente, paracaidismos, alas delta, benjie, boxeo, rodeo, carreras de caballos, ciclismo u otro deporte? Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué actividad practica: _____ _____

III.ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD Cónyuge o Pareja e hijos (en adelante "Dependientes")						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kgs.)	Estatura (cms.)

Pregunta para asegurables Dependientes	
17) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Alguno de sus Dependientes ha padecido o ha sido diagnosticado de alguna enfermedad señalada en las preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,14, 15 y 16?

Si la pregunta anterior ha sido respondida en afirmativo (Sí), entonces proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Nombre del Asegurable	Fecha, enfermedad, diagnóstico y/o tratamientos	Estado actual	Secuelas

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus preguntas y respuestas señaladas desde la 1 a la 17 y que he entendido y he contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y que es esencial para la validez del mismo.

Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he contestado, puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la compañía a rescindir o poner término al contrato, en conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A. para que solicite la práctica de exámenes médicos de cualquier asegurable incluido en esta declaración, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio. 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 incluido en este seguro, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por Colmena Seguros de Vida S.A. También faculto a Colmena Seguros de Vida S.A 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.

Adicionalmente, por este acto, y según lo dispuesto en la ley No19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios o cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información respecto de los asegurables incluidos en este seguro que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información.

Firma del Asegurable

Fecha

DÍA	MES	AÑO