

**DPA**

El siguiente cuestionario debe ser leído, aceptado y firmado en su totalidad por el asegurable. 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 \_\_\_\_\_

Dirección Particular \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

 F. Nacimiento 

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

 Sexo F  M  Estado Civil \_\_\_\_\_

 Ingreso Bruto Mensual en M\$  300 - 700  701 - 1400  1401 - 1800  1801 y más

 Relación con el contratante  mismo  conyuge  padre  hijo  otro

 Tipo de Trabajador  Dependiente  Independiente Lugar de trabajo en % \_\_\_\_% oficina \_\_\_\_% en terreno

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

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

 2) Si  No  ¿Ha padecido o tienen conocimiento de padecer: Diabetes, hipertensión arterial, fiebre reumática, enfermedades cardíacas, problemas musculo esquelético, presión alta, glicemia elevada u otra enfermedad endocrina, cancer, epilepsia, enfermedades psiquiátricas, alteración a la vista u oído problemas para deambular o algún anomalidad de constitución física, a sido tratado por alcoholismo o consumo de drogas?

 3) Si  No  ¿Desarrolla usted alguna actividad riesgosa, tales como manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas; uso de sierras mecánicas, vaivén, banda o circulares; trabaja con aparatos de soldadura, trabaja en minas, túneles o galerías subterráneas, trabajos de espeleología, trabajos en alta mar; carga o descarga de vehículos, buques o aviones, maquinaria pesada; trabaja en la industria agrícola y/o ganadera; trabaja con electricidad alta o baja tensión, torres de comunicación; miembro activo de las fuerzas armadas, piloto o tripulante de avión civil o comercial, bombero, guardia de seguridad con o sin porte de armas, chofer de bus, camión, ambulancia o taxi?

 4) Si  No  ¿Realiza trabajos en altura? Indicar metros de altura y tipo de actividad:

 5) Si  No  ¿Practica usted alguno de los siguientes deportes o hobby tales como boxeo, esquí, fútbol, polo, rodeo, rugby, montañismo, andinismo, buceo, inmersión submarina, paracaidismo, artes marciales, cacería, ciclismo, alas delta, rafting, benji, carrera de autos, motos, lanchas, de caballos, parapente u otros deportes o hobby?

 6) Si  No  ¿Utiliza moto como medio de transporte o deporte? En caso afirmativo indique:  
 Cilindrada: \_\_\_\_\_, Tipo uso: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_, Lugares: \_\_\_\_\_

 7) Si  No  ¿Le ha sido rechazada, pospuesta o aceptada con o sin recargo alguna solicitud de seguro de vida o accidentes en esta u otra Compañía? Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique.

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 7 que he entendido y he contestado en forma completa, veraz y sincera. 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 contestado, puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultaran a la compañía a rescindir o poner término al contrato, en conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguro 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 Seguro 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 o instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

 \_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurable**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha**