

N° POLIZA

N° DPS

I. DATOS DEL ASEGURABLE / ASEGURADO

Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombres					1. Soltero		
RUT					Fecha Nacimiento					Edad		Años		Sexo		1. Fem. 2. Masc.		Estado Civil			2. Casado			3. Viudo			
Teléfono Comercial					Teléfono Particular					Correo Electrónico					Celular												
Dirección Particular					Calle / Número / Depto. N°					Comuna					Ciudad												
Dirección Comercial					Calle / Número / Depto. N°					Comuna					Ciudad												
Ocupación / Actividad					Giro Empresa					Lugar físico donde trabaja (laboratorios, oficina, mina, campo, etc.)																	

II. SOLO PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN

Nombre Institución Crediticia										Refinanciamiento									
Monto del Crédito (UF)					Plazo Original					Moneda del Crédito									
TIPO DE AMORTIZACION										Otro									
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual																			
TIPO DE CREDITO										Otro									
<input type="checkbox"/> Hipotecario <input type="checkbox"/> Consumo																			
DISTRIBUCION DEL CREDITO										% Aval									
% Deudor					% Codeudor														

III. DECLARACION DE SALUD (Esta declaración debe ser llenada de puño y letra del asegurado para que sea válida)

a) ¿Ha padecido, padece, está en estudio, tratamiento y/o tiene cirugía pendiente por alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedad del sistema urinario, cardiovasculares, oftalmológicos, cerebrovasculares, respiratorias, gastrointestinales, neurológicas, psicológicas o psiquiátricas, osteomusculares, hematológicas, hipertensión arterial o presión alta, ginecológicas, infertilidad o esterilidad, cáncer, hepatitis B, hepatitis C, cálculo urinario, cálculo a la vesícula, adicción a drogas y/o alcoholismo, infección por virus HIV o Sida, y/o malformación congénita?	SI	NO
b) ¿Tiene conocimiento de padecer, haber padecido o estar en estudio de alguna enfermedad o lesión que no se haya aludido en la pregunta a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Tiene alguna anomalía o alteración funcional de algún miembro u órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Ha estado o está sometido a terapia o tomando medicamento de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Peso _____ Kgs. Estatura _____ Mts.		
f) Fuma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cigarrillos _____ Pipa _____ Puros _____ Cantidad por Día _____		

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas de la letra a) a la letra d), debe especificar

Letra	Diagnóstico Enfermedad / Cirugía	Fecha Diagnóstico		Tratam. Actual		Fecha último episodio o crisis		Fecha cirugías)		Secuelas		Nombre Médico u Hospital
		Mes	Año	SI	NO	Mes	Año	Mes	Año	SI	NO	

ORIGINAL COMPANIA

IV. DEPORTES Y HOBBIES

¿Practica algún deporte? ¿Cuál? _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo: Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún Hobby? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Practica alguna actividad o deporte riesgoso como bombero, integrante de Equipo de Socorro, Salvavidas, Patrulla de Ski, Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carrera de Velocidad, Benjie, etc.? Llenar cuestionario especial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar _____	¿Utiliza Moto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cómo: Transporte <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Cilindrada _____ cc.
¿Hace uso de la Aviación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cómo: <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ambos Tipo de Avión: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Línea no regular Frecuencia de Vuelo: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro _____

V. OBSERVACIONES

¿Tiene algún antecedente que a su saber y/o entender afecta su declaración anterior? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique _____

DECLARACION Y AUTORIZACION DEL ASEGURABLE

Declaro bajo juramento o promesa la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de Seguros de Vida SURA S.A., en adelante e indistintamente la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte faculta a esta última para poner término anticipado del contrato a que accede esta declaración 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 a contratar. Asimismo, autorizo 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 o psíquica, tales como antecedentes clínicos, informes médicos, y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía, cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N° 19.628. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información que le sea entregada por este concepto y destinarla exclusivamente a su uso interno y para los fines propios del seguro, todo ello según lo dispone la ley y las Condiciones Generales de la Póliza.

Del mismo modo declaro estar en conocimiento de la disposición del artículo 538 del Código de Comercio, en virtud de la cual me obligo declarar a la Compañía cualquier variación que se produzca en relación con las declaraciones contenidas en el presente documento y que impliquen una extensión o agravación del riesgo, declaración que deberé hacer dentro de los 5 días hábiles posteriores a aquél que se produjo tal variación.

Esta declaración no otorga cobertura hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la Compañía.

Esta declaración personal de salud tiene una validez de 90 días desde su fecha de emisión.

AUTORIZACION TELESUSCRIPCIÓN

El otorgamiento de la cobertura requerirá como condición, para los efectos de la contratación del seguro, una declaración detallada de su estado de salud. Para lo anterior, el solicitante del seguro acepta desde ya que su declaración de salud será dictada telefónicamente por él a un especialista de la empresa externa, en adelante, el Suscriptor, quien, debidamente identificado, bajo reserva y en conversación grabada, le formulará y explicará las preguntas, recibirá sus respuestas, las transcribirá al formulario respectivo y las suscribirá por mandato del solicitante del seguro, el que se entiende conferido desde ya, con la sola firma de la presente autorización.

El solicitante del seguro autoriza expresamente a Seguros de Vida SURA S.A., o a quien ésta designe, a efectuar el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles, con el fin de poder acceder a la suscripción del contrato de seguro.

Horario de contacto:

1 09:00 a 14:00 hrs.

2 14:00 a 19:00 hrs.

3 Indiferente

Fecha _____

Firma Asegurado Titular _____

Fecha _____

Firma Asegurable Titular _____

ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Día	Mes	Año		

V° B°

RATING