

## PROPUESTA SEGURO VIVIR MAS

Sección Declaración del Asegurable (hoja 2/2)  
 (Debe ser llenado por Asegurable titular de puño y letra)

Propuesta / Poliza N°									

Nombre del Asegurable										Edad	
RUT										-	
Fecha Nacimiento					-		Fecha Declaración				

1. a) Empresa donde trabaja:  d) Actividad que desarrolla:

b) Rubro de la empresa:

c) Lugar donde trabaja: Oficina:  Terreno:  Otro:  Especifique:

2. ¿Ha contratado alguna vez una póliza de seguro de vida o de salud? SI  NO

3. ¿Usted o alguna de las personas propuestas para este seguro:

a) ¿Practica algún deporte? SI  NO

Nombre Asegurable	Deporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) ¿Tiene algún hobby? SI  NO

Nombre Asegurable	Hobby
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) ¿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.? SI  NO

Nombre Asegurable	Especificar
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

d) ¿Utiliza moto? SI  NO

Nombre Asegurable	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

e) ¿Hace uso de la aviación? SI  NO

Nombre Asegurable	Tipo Avión a) Comercial b) Civil c) Militar	Como a) Piloto b) Pasajero c) Ambos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Si  No  ¿Usted o alguna de las personas propuestas para el seguro bajo esta solicitud, ha padecido, tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:

a) Fiebre de más de 2 semanas de duración o de origen no precisado o se encuentra actualmente en proceso de estudio diagnóstico de cualquier enfermedad?

b) Vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis de cualquier tipo, pérdida de conocimiento, dolores de cabeza severos o jaquecas, derrame cerebral, encefalitis, agotamiento laboral, enfermedades psiquiátricas y/o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso.



5. a) Peso (kg)/estatura (mt): Asegurable titular      Asegurable cónyuge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Peso      Estatura      Peso      Estatura				b) Favor indicar circunferencia abdominal (cintura) Asegurable Titular <input type="text"/> cm. Asegurable Cónyuge <input type="text"/> cm.		c) Presión arterial: Asegurable Titular      Asegurable Cónyuge <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Baja			
---	--	--	--	---	--	---	--	--	--

6. Usted o alguna de las personas propuestas para el seguro	Asegurable titular	Asegurable 2	Asegurable 3	Asegurable 4	Asegurable 5
¿Ha fumado cigarrillos, puros o pipas en los últimos años? Desde que edad fuma Consumo actual diario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.
¿Fumaba? ¿Hace cuantos años dejó de fumar? ¿Cuántos cigarros, puros o pipa fumaba diariamente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Años Unid.
¿Ingiere bebidas alcohólicas? Consumo actual diario (copas)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unid.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unid.
¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, LSD, marihuana o algún otro narcótico? ¿Cuándo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7. Historia familiar ¿Tiene el titular y/o cónyuge algún familiar directo (padre, madre, hermano(a) vivos o fallecidos con algunos de los siguientes tipos de enfermedad?  
1) Diabetes 2) Hipertensión 3) Enfermedad Cardíaca 4) Enfermedad renal 5) Cáncer 6) Tuberculosis 7) Enfermedad psiquiátrica o sistema nervioso 8) Derrame cerebral 9) SIDA 10) Suicidio 11) Hipercolesterolemia familiar      Si  No

En caso de responder afirmativamente en el punto anterior, completar el siguiente cuadro:

Parentesco	Vivo	Fallecido	Edad actual o al fallecer	Tipo N° 1 al 11	Nombre del diagnóstico o enfermedad y/o causa

8. ¿Usted o alguna de las personas propuestas para este seguro?

a) ¿Tiene alguna anomalía física, amputación o alteración funcional de algún miembro u órgano?      Si  No

Nombre del asegurable	Especifique causa y diagnóstico	Fecha	
		Mes	Año

b) ¿Ha recibido alguna indemnización o se encuentra en trámite afecto a pensión de invalidez?      Si  No

Nombre del asegurable	Diagnóstico	Tipo de pensión	Fecha diagnóstico	
			Mes	Año

c) ¿Está sometido a terapia y/o tomando medicamento de cualquier tipo?      Si  No

Nombre del asegurable	Terapia	Medicamento	Fecha inicio	
			Mes	Año

d) ¿Ha tenido o se encuentra actualmente con licencia médica?      Si  No

Nombre del asegurable	Especifique diagnóstico o causa	Fecha inicio licencia			Fecha término licencia		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

e) ¿Ha recibido transfusiones?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del asegurable	Especifique diagnóstico o causa	Fecha	
		Mes	Año
f) ¿Ha requerido hospitalización de más de 15 días?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del asegurable	Especifique diagnóstico o causa	Fecha	
		Mes	Año
g) ¿Se ha efectuado algún examen o ha consultado médico, en los últimos 12 meses?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del asegurable	Exámen / diagnóstico	Fecha	
		Mes	Año
h) ¿Tiene hospitalización y/o cirugías pendientes?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre del asegurable	Especifique diagnóstico o causa	Fecha	
		Mes	Año

9. Titular y otros asegurables del sexo femenino  
Si algún integrante de sexo femenino que no sea cónyuge ni titular, responde afirmativamente a esta pregunta, debe llenar otra DPS.

a) ¿Esta actualmente embarazada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	c) ¿Se ha practicado examen de Mamografía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Edad embarazo: _____ semanas			¿Resultado normal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha tenido otros embarazos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	d) ¿Se ha practicado examen de Papanicolau?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tuvo alguna complicación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Resultado normal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Causa:			Fecha de último examen:		

Declaración y autorización del asegurable.

Declaro bajo juramento o promesa la exactitud y sinceridad de las declaraciones 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 la compañía. Acepto que una declaración falsa o incompleta de mi parte o la negativa a entregar la información referida, faculta a la compañía para poner término anticipado del contrato y la libera del pago del siniestro. Todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a contratar. Asimismo acepto que la compañía de seguros apreciará el riesgo solo sobre la base de la información que en esta declaración de salud entrego, ya que no puede recurrir a revisar mi ficha clínica por estos efectos. Durante el proceso de liquidación de los siniestros en que me pueda ver involucrado, me obligo a entregar a Seguros CLC S.A. y desde ya la autorizo, para que en mi nombre solicite toda la información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica como también a los de mi grupo familiar incorporado en este seguro, tales como antecedentes clínicos, informes médicos y análisis exámenes de laboratorio clínicos, así como cualquier otra información que se pueda solicitar a los prestadores de salud correspondientes.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular